

VERÓNICA MONTES DE OCA
Coordinadora

ENVEJECIMIENTO en América Latina y el Caribe



Enfoques en investigación y docencia de la
Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento

La Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (Latin American Research Network on Ageing, LARNA) es una de las cuatro redes regionales sobre envejecimiento organizadas y apoyadas por el Oxford Institute of Ageing (OIA). Las otras tres son EAST, que cubre Europa del Este; AFRAN, que cubre África, y APPRA, que cubre Asia.

Esta red provee una plataforma para intercambiar y construir capacidades entre sus miembros. Promueve la colaboración en investigaciones e iniciativas de entrenamiento sobre envejecimiento en asociación con el OIA.

La red es coordinada por su director, el doctor George W. Leeson, codirector del OIA y *senior research fellow* del Departamento de Sociología. En la región su coordinador es el doctor Alejandro Klein Caballero, profesor de la Universidad de Guanajuato en México e investigador afiliado del OIA.

LARNA es guiada por un consejo asesor que integran académicos de América Latina y el Caribe, quienes configuran un grupo consultor que proporciona asesorías estratégicas con un grupo de expertos internacionales que forman parte de órganos clave de investigación y política.

Actualmente esta red cuenta con miembros de México, Brasil, Chile, Perú, Argentina y Honduras. La membresía está abierta a académicos de la región dedicados al estudio del envejecimiento de la población.



Licencia

Repositorio Universitario Digital del
Instituto de Investigaciones Sociales de la
Universidad Nacional Autónoma de México
<http://ru.iis.sociales.unam.mx/dspace>

Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>



ENVEJECIMIENTO

en América Latina y el Caribe

Enfoques en investigación y docencia de la
Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento

ENVEJECIMIENTO en América Latina y el Caribe

Enfoques en investigación y docencia de la
Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento

VERÓNICA MONTES DE OCA
Coordinadora



Facultad de Medicina



México, 2013

HQ1061 Envejecimiento en América Latina y el Caribe : enfoques en
E58 investigación y docencia de la Red Latinoamericana de
 Investigación en Envejecimiento (LARNA) / coord.
 Verónica Montes de Oca Zavala. -- México : Instituto de
 Investigaciones Sociales, UNAM, 2013.
 672 p.

ISBN 978-607-02-4316-5

1.- Personas adultas mayores - Política gubernamental –
América Latina. 2.- Protección social – América Latina. I.-
Montes de Oca Zavala, Verónica.

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos al Instituto, de acuerdo con las normas establecidas por el Consejo Editorial de las Colecciones de Libros del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Primera edición: mayo de 2013

D.R. © 2013, Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Sociales
Ciudad Universitaria, 04510, México, D. F.

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Sociales
Instituto de Investigaciones Antropológicas
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Facultad de Psicología
Facultad de Medicina
Escuela Nacional de Trabajo Social
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Oxford Institute of Population Ageing
University of Oxford
66 Banbury Road, Oxford OX2 6PR

Sociedad Mexicana de Demografía, SOMEDE
Av. Cipreses s/n
Colonia San Andrés Totoltepec C.P. 14400
México, D.F.

Universidad de Guanajuato
Lascuráin de Retana No. 5 Centro C.P. 36000
Guanajuato, Gto.

Derechos exclusivos de la edición reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio sin el consentimiento por escrito de su legítimo titular de derechos.

Coordinación editorial: Berenise Hernández Alanís
Cuidado de la edición: Alberto Barrañón Cedillo
Revisión final de textos: Mauro Chávez Rodríguez y David Monroy Gómez
Diseño de portada: Cynthia Trigos Suzán
Fotografía: Ruth Nina Estrella

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO
ISBN: 978-607-02-4316-5

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Agradecimientos. | 11 |
| Preface. The Ageing of Latin America: The Capacity to Adapt . . . <i>Sarah Harper</i> | 15 |
| Prefacio. Desafíos científicos y universitarios ante el envejecimiento demográfico en México, América Latina y el Caribe. <i>Rosalba Casas, Javier Nieto, Víctor Mendoza, Enrique Graue, Carlos Serrano, Graciela Casas, Ana María Chávez, Sergio Cházaro</i> | 23 |
| Introducción. La interdisciplinariaidad en el estudio sobre envejecimiento. <i>Verónica Montes de Oca Zavala y Alejandro Klein Caballero</i> | 27 |

PARTE I

ESCENARIO GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO

| | |
|--|----|
| The demographics of population ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950-2050 <i>George W. Leeson</i> | 53 |
|--|----|

PARTE II

SUBJETIVIDAD Y ACCIÓN SOCIAL

| | |
|--|----|
| Identidad social y variaciones del sí mismo en la vejez, entre los discursos moderno y posmoderno <i>Ricardo Iacub</i> | 75 |
|--|----|

| | |
|--|-----|
| Promesa extinguida o promesa en estado de fluido. Continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy | 95 |
| <i>Alejandro Klein Caballero</i> | |
| Nuestros años dorados: las relaciones de pareja ante el envejecimiento | 115 |
| <i>Ruth Nina Estrella</i> | |
| Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de los adultos mayores físicamente dependientes | 141 |
| <i>María Concepción Arroyo R. y María Guadalupe Salas M.</i> | |
| Visiones de eternidad en personas de edad avanzada | 171 |
| <i>Felipe R. Vázquez Palacios</i> | |

PARTE III

EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EMPODERAMIENTO

| | |
|--|-----|
| Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología . . | 189 |
| <i>Feliciano Villar</i> | |
| Empoderamiento y adultos mayores. Impacto de la participación de un grupo de adultos mayores en un programa educativo. . | 207 |
| <i>Blanca López La Vera</i> | |
| A construção de saberes na Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI) pela relação intergeracional | 249 |
| <i>Rita de Cássia da Silva Oliveira, Flávia da Silva Oliveira y Paola Andressa Scortegagna</i> | |

PARTE IV

FAMILIAS, REDES Y APOYOS SOCIALES

| | |
|---|-----|
| ¿Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos con los adultos mayores. | 271 |
| <i>M. Soledad Herrera y M. Beatriz Fernández</i> | |

| | |
|--|-----|
| Apoyos recibidos por personas de la tercera edad en México . . . | 301 |
| <i>Cecilia Rabell y Sandra Murillo</i> | |
| Las familias en el proceso de envejecimiento en Guanajuato, México | 333 |
| <i>Luis Fernando Macías y Margarita Díaz Ábrego</i> | |
| Preferencias sobre cuidados en vejez avanzada en México: diagnóstico, dilemas y desafíos en contextos de pobreza en tres estados de la República | 373 |
| <i>Rocío Enríquez Rosas</i> | |
| Familia, envejecimiento y políticas sociales. | 395 |
| <i>Sandra Mancinas Espinoza y Sagrario Garay Villegas</i> | |
| Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. | 425 |
| <i>Claudia J. Arias</i> | |
| Modelo de redes sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez | 453 |
| <i>Víctor Manuel Mendoza-Núñez y María de la Luz Martínez-Maldonado</i> | |
| Estrategias de apoyo transnacional ante el envejecimiento en México y Estados Unidos | 481 |
| <i>Verónica Montes de Oca Zavala y Rogelio Sáenz</i> | |
| Motivos y tendencias de la migración de adultos mayores a España | 529 |
| <i>Ángeles Escrivá</i> | |

PARTE V

POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS HUMANOS EN LA VEJEZ

| | |
|---|-----|
| El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos | 561 |
| <i>Sandra Huenchuan</i> | |
| De las políticas sociales al derecho de la vejez: sobre la necesidad de un modelo <i>insfundamental</i> de ciudadanía en la ancianidad | 599 |
| <i>María Isolina Dabove</i> | |

| | |
|--|-----|
| Envejecimiento en Chile. Institucionalización y políticas para las personas mayores | 623 |
| <i>Rosa Kornfeld Matte, Francisco González Mendoza y Cristián Massad Torres</i> | |
| Sobre los autores | 661 |

AGRADECIMIENTOS

La Segunda Reunión de la Red de Investigación Latinoamericana sobre Envejecimiento en México (Latinoamerican Research Network of Ageing, LARNA) se llevó a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México con motivo de la invitación que el Oxford Institute of Population Ageing, a través del doctor George Leeson, hiciera en 2009. La exitosa reunión no hubiera sido posible sin el apoyo de los directores de Centros, Escuelas, Facultades e Institutos de nuestra Universidad, y sin el respaldo de la Coordinación de Humanidades, la Sociedad Mexicana de Demografía y el Instituto Nacional de Geriátrica. Especialmente debo mencionar el respaldo de la Facultad de Psicología, de la Escuela Nacional de Trabajo Social de las facultades de Estudios Superiores Zaragoza e Iztacala, de la Facultad de Medicina, del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, de los Institutos de Investigaciones Antropológicas y Sociales, este último donde estoy adscrita como investigadora titular. Muy agradecidamente quiero mencionar el invaluable apoyo de la doctora Rosalba Casas Guerrero, directora del Instituto de Investigaciones Sociales, quien facilitó todos los requerimientos necesarios para la organización, tanto desde la Secretaría Técnica como desde los departamentos de Publicaciones y Cómputo. Una mención especial merece el área de Difusión, que desde meses atrás comenzó con la divulgación del evento. También

debo mencionar al equipo de apoyo en difusión, comunicación y enlaces técnicos de la Coordinación de Humanidades, pues sin su apoyo este evento no hubiera sido tan exitoso. Debo agradecer también especialmente a un gran equipo de alumnos y alumnas que con sus actividades del servicio social y como asistentes de investigación contribuyeron a la logística exitosa de esta reunión. Agradezco a los asistentes: Emma Verónica Cervantes Cano, Silvia Teresa Díaz Martínez, Gerardo Martínez Garduño, Mayte Vidal y Elizabeth Santiago Sánchez, entre otros.

En la etapa de coordinación académica de la obra y la propuesta de edición no puedo dejar de mencionar el apoyo del Comité Editorial, que cuida la calidad y la científicidad de las obras publicadas por el IISUNAM, a las doctoras Rosalba Casas y Sara Gordon, coordinadora de Colecciones de Libros del IISUNAM, y a Rosalba Carrillo, asistente editorial; a Berenise Hernández, jefa del Departamento de Publicaciones, y a Cynthia Trigos, técnica académica que diseñó la portada. Por último, mi reconocimiento a la doctora Maritza Caicedo, secretaria técnica del IIS, y al licenciado Nicolás Mutchinick Babinsky, coordinador de Intercambio y Vinculación Académica del IIS.

De una manera muy destacada quiero agradecer el trabajo profesional de los dictaminadores anónimos y *ad honorem*, nacionales o internacionales, que hicieron una revisión exhaustiva, cuidadosa y detallada para que esta publicación viera la luz con absoluto apego a los criterios científicos necesarios en la investigación académica sobre envejecimiento. Este proceso lleva su tiempo, pero garantiza el seguimiento en los procesos y la calidad necesaria en las publicaciones de instituciones académicas de alto prestigio como la UNAM. En la cadena de procesos, quiero dedicar una mención especial a Alberto Barrañón, corrector de estilo, que logró que el denso lenguaje fuera más ligero dada la cantidad de capítulos de esta obra.

En esta etapa contribuyeron estudiantes como Leonel Dorantes, Marlene Linares Abreu, Alejandra Santiago, Evelia Her-

nández, cuya organización fue muy importante para que se revisara todo el material que posteriormente corrigieron los autores.

Estimado lector, tener el libro en sus manos es producto de un coordinado trabajo académico y técnico que exige mucha atención y en el que participan muchas manos y sentidos, instituciones y grupos académicos, todos con el propósito de contribuir a la ciencia en México con austeridad y transparencia universitaria.

Verónica Montes de Oca Zavala

PREFACE
THE AGEING OF LATIN AMERICA:
THE CAPACITY TO ADAPT

INTRODUCTION

The 21st century will see the rapid ageing of Latin America and the Caribbean. Such population ageing occurring as the demographic transition flows out across the region, however, will arise in the context of different welfare regimes and cultures, and will require different adaptive strategies. Some countries will see a fall in their total dependency ratios due to significant falling fertility, while most will see an increase in elderly dependency ratios by the middle of the century. Some will be able to take advantage of the increased labour and potential for high savings which will accompany demographic dividends, others will fail to take the advantage due to weak governance or external economic constraints. As has been observed in other parts of the globe, existing national collective goals will facilitate or restrict the required adaptations to the demographic transition.

THE DEMOGRAPHIC TRANSITION

Typically associated with economic development, the demographic transition arises from a decrease in both mortality and fertility rates (Dyson, 2010). Mortality rates fall first, including infant mortality, enabling the survival of large birth cohorts into

adulthood. Population growth levels and the profile of the population ages as late life mortality rates fall and individuals survive to increasingly older ages. Population structures thus move from high fertility and mortality rates with large numbers of children and low life expectancies to low fertility and mortality rates, thus small numbers of children and long life expectancies.

As Leeson describes elsewhere in this collection, fertility across the region fell significantly between 1950 to 2010 with declines from 6.1 to 1.7 in Brazil and from 6.7 to 2.0 in Mexico, for example. Mortality has fallen similarly in many countries, producing life expectancies of 80 years in Cuba for males, and 86.6 years in Puerto Rico for females. Both the number and the proportion of older adults increases, and correspondingly the number and proportion of young people decreases. By 2010, less than 30 per cent of the population was aged under 15 years, and around 7 per cent was over 65. Such societies thus experience a change in their *dependency ratios* which is a measure of working age population to dependent age populations, both old and young, and or *support ratios* which measures working age to elderly dependents.

However, while many Latin American and Caribbean countries will face large future elderly dependency ratios (EDRs), many will have the opportunities of the 'demographic dividend' over the next few decades. This usually occurs late in the demographic transition when a series of large birth cohorts are followed by a set of far smaller ones as birth rates fall. This results in a decrease in young dependents, and thus a fall in the youth dependency ratios (YDRs). This is accompanied by a substantial increase in the potential labour force, and the potential for high savings rates particularly as the consumption needs of large numbers of dependent children is reduced. This can lead to greater per capita output and economic growth through an enhanced labour force and high investment rates producing the *demographic dividend* (Lee and Mason, 2010). In addition, this allows the society to

increase its aggregate per capita income level before the time the population becomes mature, and to accumulate assets which can be drawn upon to help finance the consumption needs of an elderly population (Heller, 2006).

TOTAL DEPENDENCY RATIOS

It is thus important to shift the emphasis away from ageing per se and increases in elderly dependency ratios (EDRs) towards the impact of both mortality and fertility declines whereby in some countries the fall in young dependency ratios (YDRs) is such that overall total dependency ratios (TDRs) will actually fall. Taking the ratio of those aged 0-14 years and those aged 65 years and over to the population aged 15-64 years, for Mexico and Brazil for example, the TDR peaked in both countries in 1965, standing at 102 in Mexico and 89 in Brazil, and since then the dependency has declined steadily to 53 and 48 respectively and will decline further to their lowest levels in 2025 at 46 and 42 respectively. As Leeson goes on to explore elsewhere in this collection this demographic window remains open for at least 20 years and it is during this time that these countries and others will have the opportunity to build capacity to adapt to their new mature societies (see also Leeson 2011).

STRATEGIES TO ADJUST TO POPULATION AGEING

Several international organisations have drawn up strategies for ageing populations. However, these tend to reflect the policy slant of the institution concerned and focus on one of several domains-economics in the case of the World Economic Foundation, World Bank, and ISSA; health in the case of the World Health Organisation; or development issues in the case of NGOs

such as HelpAge International. The Institute of Ageing at Oxford has identified key policy strategies, which it believes will be crucial for successful adaptation and which thus help inform its research programmes. These include:

- adapt financial systems to longevity and dependency shifts
- promote productivity-including non-economic productivity such as informal care
- evolve acute medicine to public health and long term care
- provide life long learning
- sustain families and communities.

A key challenge for the region will be the capacity of individual countries to adapt to population ageing. In particular this is the capacity of individuals and households to make the relevant adjustments to savings behaviour, labour supply, private and public intergenerational transfers, investment in human capital, and the capacity of institutions to enable these arrangements.

As I have explored elsewhere (Harper, 2010), a key public policy question will be how national collective goals will influence these necessary societal adjustments. Most countries have a goal of increasing general prosperity, for example, as this reduces poverty and increases both standard of living and health outcomes of the population, though not necessarily well-being. There is general consensus that population ageing will reduce economic growth, and the policy challenge is to minimise this effect. Maximising the benefits of the “demographic dividend” and adjusting TDRs, through policies which regulate youth entry into and old age exit out of the labour market, is important here in order to maintain general prosperity. However, as Jackson (2010) points out, perhaps we also need to redefine prosperity in such a way that *well-being* becomes more central to this goal, and economic growth per se may be replaced by a more multi-faceted approach.

The goal of maintaining intra-generational fairness is also another important objective for many governments, and often appears in discussions of social security and pension reform. This includes recognition of the potential impact of public policy on the well-being of different birth cohorts and whether public policy distributes the burden of population ageing fairly across older and younger cohorts, as well as a sense of the appropriate ratio between average retirement income and average worker income. A question for current governments in the region is whether those cohorts who have successfully reduced their fertility and mortality should pass the cost of such success on to future cohorts via the *traditional intergenerational contract*, or bear the cost of their success via an *adapted intergenerational contract*.

Many governments also have a firm goal of maintaining social cohesion. The debate here focuses around immigration as a policy instrument to mitigate the economic impact of population ageing. The migration history of the region varies considerably from country to country over time, and thus there will be varied perceived social impacts, which may arise from the arrival of large numbers of adults, who may eventually be required to maintain the region's skill base as it ages.

Returning to our strategies, we can explore possible policy initiatives for the region.

Adapt financial systems to longevity and dependency shifts:

- the importance of integrating public and private transfers into future systems including understanding the complementary relationship between private and public intergenerational transfers, and the relationship between upward and downward transfers. Research reveals that while public transfers reduce private upward transfers from adult children to older parents, they have far less effect on private downward transfers from older parents to adult children and grandchildren (Harper and Leeson, 2009).

Promote productivity-including non-economic productivity such as informal care:

- enable and promote longer working lives through life long training, education and skills updating, and the provision of appropriate working environments for older workers. Raise the status of non-economic labour such as care, and consider redefining prosperity to include measures of well-being.

Evolve acute medicine to public health and long term care:

- promote well-being and enable healthy active living across the life course to reduce chronic illness and health care costs and support active contributory life for as long as possible.

Provide life long learning:

- provide access to education across the life course to ensure that all individuals are prepared physically, mentally, socially, and financially to cope with increasing individual responsibility for old age.

Sustain families and communities:

- consider a holistic approach to population ageing which includes members of all generations.

Clearly all these policies require new thinking, which evokes a holistic and life long approach and draws upon the resources of all generations, acknowledging the unique contribution that peoples of different cohorts and ages may bring to society. The advantage of the following collection, drawn as it is from the first Oxford-LARNA collaborative conference in the region, is its

multi-disciplinary approach which allows a broad discussion of the issues, the responses and the potential policies that governments in different parts of the regions might consider.

REFERENCES

- DYSON, T. (2010). *Population and Development*. London and New York: Zed Books.
- HARPER, S. (2010). "The Capacity of Social Security and Health Care Institutions to Adapt to an Ageing World". *International Society Security Review* 63 (3-4): 177-196.
- HARPER, S., and G. LEESON (2009). *Global Ageing Survey*.
- HELLER, P. (2006). *Is Asia Prepared for an Aging Population?* IMF Working Paper WP/06/272. Washington, DC: International Monetary Fund.
- LEE, R., and MASON, A. (2010). "Fertility, Human Capital, and Economic Growth over the Demographic Transition". *European Journal Population* 26: 159-182.
- LEESON, G. (2011). "Ageing in Latin America". *Current History*, March 2011.
- JACKSON, T. (2010). *Prosperity Without Growth*. London and New York: Earthscan.

Sarah Harper
Director of the Oxford
Institute of Population Ageing

PREFACIO

DESAFÍOS CIENTÍFICOS Y UNIVERSITARIOS
ANTE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO
EN MÉXICO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La vejez y el envejecimiento son fenómenos biopsicosociales; por lo tanto, no pueden abordarse si no es con una perspectiva interdisciplinaria que permita la interrelación entre los diferentes profesionales de la salud y las ciencias de la vida. Éste es el reto que enfrentan el envejecimiento global y el envejecimiento en América Latina y el Caribe. De acuerdo con la CEPAL, se estima que en el año 2010 la proporción de personas con 60 años y más en la región fue de 9.9%, para el 2020 será de 13%, y para el 2050, de 25.8% (CEPAL, 2011). El hecho de que una mayor cantidad de hombres y mujeres viva esta etapa de la vida hace necesario que se tome en consideración un mosaico cada vez mayor de temáticas relacionadas no sólo con su seguridad económica a través del trabajo y la protección del régimen de pensiones, sino también con problemáticas directas y derivadas de los procesos de salud-enfermedad física y mental, así como con el mantenimiento de la calidad de vida. Otra área señalada en múltiples espacios internacionales es la configuración de entornos físicos y sociales favorables para tener un envejecimiento activo, saludable y satisfactorio.

Además de estas áreas, existen otras que implican un mayor reto interdisciplinario; nos referimos a los territorios concernientes a la subjetividad, al desarrollo de la personalidad en la vejez; a las dinámicas subjetivas que se generan ante una mayor convi-

vencia generacional; a los elementos que subyacen en la prolongación del matrimonio, en las configuraciones sobre el amor, el respeto y la convivencia; así como a los procesos de afrontamiento y resiliencia. Además, destacamos las connotaciones derivadas de la industria del cuidado del cuerpo y de los procesos de cuidado ante enfermedades de larga duración, como aquellas patologías crónico-degenerativas cuya presencia deriva de la transición epidemiológica.

El envejecimiento demográfico nos advierte de la necesidad de hacer transformaciones institucionales en la esfera de gobierno, pero también en la organización de la sociedad civil, donde se incluyen los distintos credos políticos y religiosos, para contribuir a conformar una política pública que vislumbre el envejecimiento más como una oportunidad que como un problema de población. Las nuevas dinámicas de las familias en América Latina y el Caribe, así como en México, repercutirán en las relaciones intergeneracionales y en las formas de sobrevivencia de la población adulta mayor, así como en los apoyos sociales, por eso se requieren nuevos enfoques teóricos que además incorporen el impacto de la migración de los países en desarrollo hacia los más desarrollados. Para ello, el enfoque de derechos humanos debe impregnar no sólo los estudios sociales, sino todos aquellos estudios científicos que aborden el envejecimiento y la vejez.

Un aspecto sustancial que comparte plenamente la Universidad Nacional Autónoma de México es el que tiene que ver con la docencia, la investigación y la vinculación social, considerando que la educación (y hay consenso en ello entre todos los especialistas) no es sólo un instrumento para el mercado de trabajo, sino un proceso inacabable que nos capacita para la vida y para la toma de decisiones desde la infancia hasta la vejez. Por lo tanto, es necesario crear recursos humanos especializados en gerontología y geriatría, así como en psicología de la vejez, o en ciencias del envejecimiento, como las llaman en otros países, que puedan

incorporar en su desempeño los frutos de los esfuerzos de la antropología, la sociología, la ciencia política, la economía, la medicina y el trabajo social, por mencionar sólo algunas orientaciones disciplinarias.

Rosalba Casas

Directora del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

Javier Nieto

Director de la Facultad de Psicología de la UNAM

Víctor Mendoza

Director de la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza de la UNAM

Enrique Graue

Director de la Facultad de Medicina de la UNAM

Carlos Serrano

Ex Director del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM

Graciela Casas

Ex Directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM

Ana María Chávez

Ex Directora del Centro Regional de Investigación Multidisciplinaria de la UNAM

Sergio Cházaro

Ex Director de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala de la UNAM

INTRODUCCIÓN
LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL ESTUDIO
SOBRE ENVEJECIMIENTO

Verónica Montes de Oca Zavala
Alejandro Klein Caballero

En octubre de 2010 se llevó a cabo la Segunda Reunión de la Red de Investigación sobre Envejecimiento en América Latina (LARNA, por sus siglas en inglés) por invitación del Oxford Institute of Population Ageing (OIA) y con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta Red fue creada en junio de 2009 a iniciativa del OIA, el cual está adscrito a la Universidad de Oxford. La red tiene como objetivo construir un puente entre los académicos de la región y quienes toman las decisiones en política, así como proveer la oportunidad de promover la colaboración en la investigación e intercambiar experiencias sobre los temas de envejecimiento en la región y con otros países del mundo. Se ha pensado, además, en compartir experiencias de investigación e intervención con otras redes regionales también promovidas por OIA (AFRAN: African Research On Ageing Network, APPRA: Asia-Pacific Research Network on Ageing, Eastern-European Research Network).

El objetivo de la reunión en México fue ampliar las dimensiones de la discusión sobre envejecimiento a partir de la perspectiva interdisciplinaria que comparten la sociología, la psicología, la medicina, la demografía y la antropología. Esto respondía a la necesidad de ir más allá de las preocupaciones en materia de salud y pensiones en las cuales se ha centrado la discusión en la región y refrescar la mirada renovando la agenda

futura sobre envejecimiento. Todos coincidimos en que el envejecimiento demográfico implica retos gubernamentales en cuanto a la cuestión médica y financiera, pero lo cierto es que también es un fenómeno profundamente humano cuyo desafío es integrar respuestas desde enfoques culturales, antropológicos, sociales y psicológicos. Esta ocasión permitió también entrar en contacto con un amplio abanico de ponencias que revelaron el enorme campo de preocupaciones, debates y perspectivas en las que se necesita profundizar y que actualmente atraviesan el tema del envejecimiento en la región.

Esta Segunda Reunión de LARNA se propuso desde el comienzo convocar al mundo académico, pero facilitando un espacio de encuentro con autoridades, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y ciudadanos interesados en el tema en general. Una de sus claves fue entonces el encuentro de perspectivas, la discusión, el intercambio y la comparación respetuosa de experiencias, aportes y preocupaciones.

Sin duda esta iniciativa fue bien recibida por atender los procesos de envejecimiento poblacional que son una característica cada vez más nítida en la región, pero corresponde también a una tradición de compromiso social propia de la estructura académica latinoamericana, que no puede dejar de abordar el tema del envejecimiento desde el amplio entramado de variables sociales, culturales, de género y generacionales. Para ello, la reunión se estructuró destacando el estudio de la subjetividad y la acción social y las cuestiones relacionadas con los procesos generacionales y el envejecimiento, los que no podían faltar tomando en cuenta su grado de impacto en las familias latinoamericanas y caribeñas. Otros temas presentados fueron las redes sociales y los apoyos sociales, así como la educación de la población adulta mayor, como un instrumento potencial para empoderar el enfoque de ciudadanía. Por último, el evento cerró con la perspectiva de las políticas públicas y los derechos de la ancianidad, aspectos sustantivos en la región. Las mesas

temáticas, por la trayectoria académica de los participantes, constituyeron esfuerzos multidisciplinarios que aspiran a generar enfoques interdisciplinarios en gerontología.

LOS ESTUDIOS SOBRE ENVEJECIMIENTO EN LA REGIÓN

Además del enfoque demográfico que se ha planteado a nivel regional, un aspecto que llamó la atención en esta reunión fue el enfoque global, desde el cual se percibe que no es suficiente analizar el envejecimiento desde la isleta geográfica de los regionalismos. Hay aspectos que se comparten mundialmente, aunque sin duda afectan a las regiones y a los países en particular. La perspectiva demográfica resulta sustancial, de acuerdo con Sarah Harper, pero estudiada desde un enfoque que integre además el papel de las migraciones, las guerras, así como los desastres naturales derivados del calentamiento global que dinamizan los movimientos de capital y los movimientos poblacionales. Todo ello tiene graves consecuencias en los sistemas de protección social y en las dinámicas de cuidado familiar. Por lo demás, consideramos que esta sección podría dar un panorama macro que permita profundizar el entendimiento de temáticas específicas e investigaciones microsociales. Tomar en consideración este enfoque global permitirá entender con mayor agudeza las consecuencias sociales y políticas de este proceso.

Por otra parte, una gran cauda de estudios sobre envejecimiento en la región tradicionalmente se ha enfocado a señalar la crisis de los sistemas de pensiones, así como el costo en materia de salud para los países en desarrollo de la región. Posteriormente, un enfoque más de desarrollo social amplió este paradigma dominante y propuso una perspectiva más sociodemográfica que visualizara a las personas como lo han planteado la Organización de las Naciones Unidas en 1999, la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 2001 y las subsecuentes Conferencias

Regionales (Santiago de Chile, 2003, y Brasilia, 2007). A partir de ese momento, algunas agencias regionales propusieron pensar por lo menos en tres áreas prioritarias para las políticas públicas de los gobiernos de la región y para incentivar la investigación y las acciones basadas en evidencia. Las tres áreas prioritarias son: seguridad económica, salud y envejecimiento, y entornos físicos y sociales favorables (CEPAL, 2003). Sin embargo, dentro de cada una y además de ellas hay otras dimensiones que impactan la calidad de vida de las poblaciones que envejecen. Nos referimos a dimensiones y ejes de análisis como el imaginario social con respecto a la muerte; los sistemas de creencias; las religiones; los procesos de ciudadanía y empoderamiento; las políticas sociales; las formas de construcción de subjetividad; los procesos familiares, generacionales e intergeneracionales; los análisis de género, y el abordaje jurídico, entre otros temas de relevancia para el debate de la cuestión a nivel público y social.

La conclusión generalizada a partir del repaso al temario indica que los desafíos encarados son muchos, y que muchas de sus respuestas implicaron un factor de renovación y creatividad relevante. No se trata de ninguna manera de viejos problemas abordados de manera nueva. Por el contrario, nos encontramos con realidades y situaciones en alguna medida impredecibles que convocan a redoblar los estudios e investigaciones en la temática, dada también la fuerza de los contextos de cambio y transformación demográfica y tecnológica.

REFRESCANDO LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA SOBRE ENVEJECIMIENTO

Un aspecto concluyente en la Segunda Reunión de LARNA fue la clara necesidad de apuntalar la relación entre investigación y docencia, tanto por un requerimiento de legitimidad epistémica, que regrese a la población el conocimiento para mejorar su ca-

lidad de vida, como porque es un componente central en el campo de la gerontología social. Hubo un claro consenso en cuanto a la necesidad de integrar la perspectiva social en el estudio de la vejez, superando perspectivas biologicistas sobre el envejecimiento. Ese enfoque, ya inadecuado, se ha visto sustituido o al menos acompañado por otro, en el cual junto a las variables biológicas se hace necesario añadir otras de corte social, cultural y económico. El enfoque médico aislado ya no puede dar cuenta del campo complejo y multidisciplinario de la vejez y el envejecimiento. Factores de género, étnicos, familiares y otros más se han vuelto igualmente relevantes.

El efecto de las modificaciones sociodemográficas no puede sino llevar a investigar más y mejor para establecer el nivel y el grado de impacto de estos cambios, a nivel del ambiente laboral, sanitario, de la salud mental, teniendo en cuenta además que los lineamientos presentes y futuros en el campo de las políticas públicas requerirán del resultado de hallazgos científicamente estudiados.

De la misma manera, estos impactos reflejan desafíos que alcanzan a las plataformas y los objetivos educativos y que es necesario discriminar en dos aspectos diferentes, aunque entrelazados. Como indica la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002), es necesario tanto incentivar aquellos procesos educativos donde los adultos mayores puedan participar en diferentes niveles (una de cuyas iniciativas serían las Universidades de la Tercera Edad, las Universidades de la Experiencia, las Escuelas de Ciencias del Envejecimiento), como capacitar recursos humanos que puedan responder a los nuevos paradigmas que implican la vejez y el envejecimiento, gestionando programas de docencia que formen técnicos, profesionales e investigadores provistos de las herramientas gerontológicas imprescindibles para enfrentar los desafíos en cuestión (programas de maestría o doctorado en gerontología social, gerontología comunitaria, en psicogerontología y gerogogía).

INTERDISCIPLINARIEDAD Y LAS CIENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El tema de la *interdisciplina* ha sido uno de los grandes ejes que ha atravesado la discusión del Segundo Encuentro de LARNA. Esta perspectiva interdisciplinar, según lo muestra un recorrido atento por los trabajos presentados, se nutre de una complejidad que, valorizando el contraste de propuestas, centra su campo de investigación más en los puntos de articulación que en el predominio de tal o cual paradigma psicológico, sociológico o demográfico. En este sentido, las investigaciones en el campo del envejecimiento y la vejez marcan un derrotero crucial en las ciencias sociales al indicar que *la interdisciplina ya no es un recurso opcional, sino una necesidad metodológica esencial. Pensar interdisciplinariamente ya no implica simplemente una reunión entre diversos técnicos y especialistas, sino un reposicionamiento de las cuestiones cruciales que atañen a las ciencias sociales, tanto en las configuraciones culturales y sociales, como en la construcción de la subjetividad y aun en el eje de articulación de las políticas sociales.* Por lo cual, un resultado de esta reunión fue el consenso entre los participantes de la necesidad de articular esfuerzos en niveles donde nuevos conceptos derivados de la interdisciplina puedan aportar diferentes respuestas, así como diseñar estrategias de solución a necesidades concretas siempre desde un espíritu incluyente y con enfoque de derechos humanos que propicie trabajar con, por y para las personas adultas mayores, los profesionales y quienes toman las decisiones.

ESTRUCTURA DEL LIBRO POR GRANDES TEMÁTICAS

En la primera sección, denominada “Escenario global del envejecimiento”, ubicamos el trabajo titulado “The demographics of population ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950-2050”, del doctor George W. Leeson del

Oxford Institute of Ageing, que ubica la complejidad de la situación sociodemográfica actual en la región. Si bien las elevadas tasas de mortalidad e incremento en la calidad de vida, junto con el descenso en las tasas de fecundidad, indican un panorama demográfico de envejecimiento, esto no debe llevar necesariamente a un diagnóstico de crisis o desequilibrio. Leeson indica que es también relevante la capacidad que los individuos y los gobiernos muestren para adaptarse a estos cambios individuales y poblacionales. Para el autor, el progresivo “envejecimiento” poblacional no ha implicado necesariamente nuevas situaciones de dificultad económica por sí mismas, dado que el factor demográfico no es más determinante que el económico en la esfera de profunda transformación. Por nuestra parte, consideramos que el trabajo de Leeson impide caer en la tentación de hacer un pronóstico apocalíptico del cambio poblacional como si se tratara de un malthusianismo negativo.

Leeson indica que además de las tendencias nacionales es importante considerar también las diferencias intranacionales, como es el caso de las poblaciones indígenas. En este sentido, el capítulo apunta a la necesidad de diseñar estrategias poblacionales creativas que incorporen los impactos sociales de las nuevas realidades poblacionales:

what is important is the age structure of a population as this impacts on more or less all social phenomena from child care and schooling to housing and transport; from hospital care to long-term care; from the workplace to community services (p. 65).

Y realiza una pregunta que parece importante evaluar muy cuidadosamente:

Is an ageing population a particularly good or a particularly bad demographic? Demographically, there is no reason why a particular age structure of a population should be good or bad. The

causes for concern are linked more to the ability of societal infrastructures at the local, regional and national levels to accommodate changes in age structures... (p. 68).

En una segunda sección denominada “Subjetividad y acción social”, iniciamos con el trabajo titulado “Identidad social y variaciones del sí mismo en la vejez, entre los discursos moderno y posmoderno”, de Ricardo Iacub. Este capítulo repasa las visiones moderna y posmoderna de la vejez, presentando argumentos de autores que siguen una u otra tendencia, cotejándolos puntualmente. De acuerdo con el autor, en la modernidad las antiguas concepciones sobre la vejez van cayendo más en desuso tanto moral como científicamente. Las concepciones tradicionales del viejo como persona experimentada y digna de reconocimiento van dando lugar a la imagen de una persona enfermiza que se sale de lo normal (juventud) a la que se caracteriza mediante una serie de neologismos de orden médico a través de denominaciones como demencia senil y psicosis senil, entre otras.

Iacub plantea que el surgimiento de la gerontología crítica trata de dar un giro positivo a la imagen del viejo sacándolo de su imagen patológica. Se empiezan a incluir nuevos lenguajes sobre la corporalidad y las capacidades físicas que se mantienen en la vejez. Para el teórico moderno, la mentalidad senil es algo normal asociado a la regresión temporal, el agotamiento libidinal, el incremento del narcisismo y la pulsión de muerte. Asimismo, el desinterés por el otro y el curso vital invertido, en el que el narcisismo y el comportamiento pueril se hacen presentes, es otra constante en la teoría moderna. El envejecimiento transforma al sujeto en otro básicamente diferente del que había sido.

El enfoque posmoderno, en contraste con el moderno, reconsidera las posiciones anteriores y centra el problema en el otro. La sociedad es la que discrimina y aminora, más que las particularidades del individuo que envejece. Para los teóricos

de la continuidad, las edades del hombre, propias de la modernidad, fueron relativizándose y encontrando vías de conexión más que de separación en el curso vital. El viejo tiene un potencial que es desdeñado por la selectividad socioemocional en la que vivimos.

Para la visión modernista, los estilos de vida del viejo giran en torno al retiro como objetivo vital, el evitar excesos, riesgos y pasiones, para conseguir el fin de vivir extensamente, y en espacios diferenciados para los viejos. El enfoque posmoderno trata de desvanecer tales diferenciaciones donde es posible una vida *uniage*. La actividad se vuelve el objetivo vital de los ancianos, y también su reagrupación en espacios más amplios no necesariamente restringidos. La continuidad del individuo y su acercamiento a los otros prevalece sobre la diferenciación social.

En “Promesa extinguida o promesa en estado de fluido. Continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy”, de Alejandro Klein Caballero, el autor comienza por hacer referencia a la polisemia que el término *viejo* ha tenido a lo largo de la historia y los paradigmas ambiguos que se nos presentan actualmente. Para él, hay una nueva estructura psicosocial a la cual llama los “viejos-no viejos”, proveniente de una especie de revolución gerontológica que comienza desde principios del siglo XX y otra ya en el siglo presente. Para los viejos-no viejos se ve vida más que muerte.

La estructura de padres agobiados, que tienen serias dificultades para confrontar a sus hijos por una serie de circunstancias que van desde lo cultural hasta lo económico, va dando paso a padres “vivos” y seguros de sí mismos. La construcción de subjetividad del viejo en torno al sedentarismo va siendo desplazada por una actitud nómada. En este sentido, la idea de movilidad que se asocia a las subjetividades de supervivencia propias del neoliberalismo alcanza de alguna manera también a las poblaciones viejas, en un claro rompimiento con el contrato social en el que se basaba el concepto de jubilación.

En cada generación se hace una recuperación y reelaboración del pasado con distintos instrumentos culturales, tratando de comprenderse a sí misma, a la predecesora y a la futura. El paso generacional responde a cómo cada generación ubica su memoria. El sujeto es su propio fin, sujeto de los procesos inconscientes, y sujeto también de una cadena de la que él es miembro. Es parte constituyente y a la vez es constituido en heredero y transmisor, circunstancia sin la cual cada generación estaría obligada a recomenzar su aprendizaje. Cuando elementos de las antiguas estructuras se debilitan en su transmisión de la modernidad, se evidencian patologías de subjetividad.

Las palabras y conceptos sagrados se pierden no tanto porque no haya transmisores o herederos, sino porque existe una reformulación, según Klein Caballero; Freud, en cambio, defiende una obligada transmisión, aunque tal transmisión puede ser la herencia de “nada”, un “vacío” o una “deuda” en términos de una desconstrucción social.

Parte de la deuda se manifiesta en los hijos que, al sufrir el impacto de la perplejidad de su progenitor, no saben cómo estar orgullosos de éste. Se llega a experimentar una desarticulación familiar en conjunción con una confusión de roles, el desencanto con el conjunto social, el aislamiento y el sentimiento de una amenaza constante de, por ejemplo, la pérdida del empleo. De este modo, la humillación se manifiesta así como la correlacionada necesidad de sometimiento. En este sentido, hay una deuda que se paga hacia arriba, pero que, fundamentalmente, se paga hacia abajo. La deuda contraída con los padres se paga con los hijos.

Sin embargo, la movilidad de las instituciones de la modernidad descrita por Giddens se evidencia en la emancipación del individuo, que es capaz de actuar de manera libre e independiente en las circunstancias de la vida social. La antigua construcción biográfica etaria se encuentra en un franco proceso de cambio, sustituida por otro proceso biográfico de tipo transtario, en el que las edades se mezclan o se vuelven indiscernibles o ambiguas

o incluso innecesarias, en términos de ambigüedad, reposicionamiento de los roles sociales y renovada experimentación cultural.

Por su parte, Ruth Nina Estrella, de la Universidad de Puerto Rico, con su trabajo “Nuestros años dorados: las relaciones de pareja ante el envejecimiento”, plantea un estudio de la relación de pareja ante el envejecimiento de sus protagonistas y hace una reflexión sobre las diversas transiciones que la pareja enfrenta en las últimas etapas del ciclo de vida familiar. Esta investigación explora algunos de los procesos psicosociales que están presentes en las relaciones maritales. En estos procesos se trabaja considerando la comunicación, la satisfacción marital, el amor y las estrategias para mantener una relación estable. La muestra estuvo compuesta por 28 parejas seleccionadas por disponibilidad. Contaban entre 65 y 93 años de edad, con 35 años o más en su relación marital. Estos matrimonios estaban en el ciclo de vida familiar de nido vacío. Se aplicaron cuestionarios abiertos, los cuales fueron analizados mediante análisis de contenido. Entre los datos obtenidos se encuentra que los cónyuges conceptualizan el amor como un estado de estabilidad en el compromiso, y que la comprensión prevalece ante la afectividad. Les resulta significativo complacer a su pareja como estrategia de mantenimiento de la relación marital. A su vez, informaron sentirse satisfechos/as con su relación y que sus principales temas de conversación son la salud, los/las hijos/as y las dificultades financieras. Se proponen futuras líneas de investigación, como el conflicto marital en esta etapa, el impacto de las dificultades financieras y de salud en la relación marital, y el manejo de la muerte de uno de los cónyuges.

En el capítulo “Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de adultos mayores físicamente dependientes”, de Concepción Arroyo y Guadalupe Salas, el cuerpo constituye la unidad de análisis de la vejez avanzada como objeto de estudio en este trabajo. Las autoras se preguntan ¿cuál es la representación del cuerpo de los adultos mayores que presentan enfermedad y dependencia física? y ¿cómo se construye

la subjetividad a partir de los discursos sobre su cuerpo que los ancianos hacen de sí mismos? A través de una muestra constituida por 20 hombres y mujeres adultos mayores de 70 años y más, con limitaciones funcionales para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana, las autoras nos muestran cómo el “cuerpo” habla no sólo de lo que ocurre biológicamente con el inevitable paso del tiempo, sino del sentido y el significado que el deterioro del cuerpo por enfermedad o discapacidad adquiere para los individuos; de acuerdo con su estudio, se da una desposesión de capital simbólico, físico y social. El cuerpo como estigma, el cuerpo medicalizado, el viejo cuerpo, el cuerpo excluido, el cuerpo como carga, la vergüenza del cuerpo, el enojo hacia el cuerpo, son algunas de las dimensiones que estas autoras recuperan y que nos permiten adentrarnos en la dimensión subjetiva y simbólica de la enfermedad a través de las narrativas construidas por hombres y mujeres sobre el cuerpo.

Esta segunda parte del libro concluye con el artículo “Visiones de eternidad en personas de edad avanzada”, escrito por Felipe R. Vázquez Palacios. En este capítulo el autor reflexiona sobre el concepto de eternidad y cómo en las personas mayores éste es un elemento en el cual se cimienta su realidad en la vejez. Después de haber entrevistado a 25 personas con 60 años y más, el investigador encuentra que en general dichas personas confían en que hay vida en el más allá. De acuerdo con su perfil religioso, que se ubica en distintos grupos del cristianismo, como católicos, metodistas o evangélicos, el autor muestra que para los adultos mayores “el más allá” es un mundo en el que habitan las personas que ya han fallecido (niños, adultos, ancianos) y hasta animales, que tiene que ver con la visión cósmica del rito cristiano. El trabajo postula que el individuo, al plantearse una vida en la eternidad, va interpretando y comprendiendo el modo en que se ha venido conformando e interactuando con los elementos de la realidad, haciéndose más capaz de identificarse con ella y brindando sentido a su pasado y su presente, en relación con los que

están a su alrededor; todo en un proceso dinámico entre lo real y lo imaginario.

El presente libro cuenta con una tercera parte denominada “Educación, investigación y empoderamiento”, en la cual se trató de ubicar el papel de la educación en la vejez y los desafíos de la investigación gerontológica como un proceso que permite empoderar a las personas adultas mayores. Diferentes experiencias en Perú, México y Brasil están en el centro del debate. Iniciamos con el artículo de Feliciano Villar, “Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología”, con el cual se intenta destacar la importancia de la interdisciplinariedad en torno a la gerontología. El autor cuestiona si la gerontología es o no un campo interdisciplinario, haciendo una diferencia con lo multidisciplinario. En la práctica, en el momento de la intervención necesariamente se involucran aspectos médico-biológicos, psicológicos y sociales, entre otros. Mediante el trabajo interdisciplinario, los profesionales pueden aprender unos de otros con respecto a esos aspectos y adquirir nuevos conocimientos y habilidades. En el caso de las publicaciones especializadas, tienden a ser exclusivas de determinada disciplina, y no tanto multi o interdisciplinarias. Se puede observar que los científicos no sienten la necesidad que sí tienen los profesionales aplicados de colaborar con colegas procedentes de otros ámbitos.

Por otro lado, Villar menciona los retos de tipo metodológico, puesto que cada disciplina tiene sus propios métodos, y los de tipo conceptual, ya que cada quien maneja teorías particulares; dichos retos son obstáculos que sobresalen en este tipo de investigaciones. En este sentido, el uso de indicadores tanto objetivos como subjetivos es recomendable. Estos últimos permiten involucrar al participante y requieren la libertad de expresión, lo cual enriquece la investigación, evita la estandarización del proceso de investigación y es especialmente útil en el caso de las disciplinas psicológicas y sociales, en las que la subjetividad tiene un peso mayor. Sin embargo, advierte que en el análisis de datos puede

representar una dificultad, en especial si estos datos son de naturaleza cualitativa y textual. Por ello es recomendable el uso de indicadores objetivos, cuya medida es independiente de la opinión de la persona.

Villar propone recurrir a conceptos aglutinantes como generatividad en la vejez, pues facilita la investigación interdisciplinaria al permitir abordar cuestiones relevantes desde distintas disciplinas. En el caso de la generatividad, dicho concepto puede ser abordado indiferentemente por distintas disciplinas. La generatividad representa la capacidad de la persona adulta mayor para contribuir con un papel activo en los procesos educativos y de diversas maneras en las familias, como en el cuidado de los nietos o de gente de la comunidad, mediante trabajo remunerado o voluntario. Es así que el uso de conceptos amplios y aglutinadores es una estrategia que puede facilitar el carácter interdisciplinario de un estudio.

Un segundo capítulo de Blanca López La Vera, titulado “Empoderamiento y adultos mayores. Impacto de la participación de un grupo de adultos mayores en un programa educativo”, realiza una revisión de la trayectoria de los programas educativos universitarios dirigidos a adultos mayores en la región latinoamericana y encuentra similitudes tanto en los procesos de gestión y consolidación de la propuesta misma, como en sus resultados o efectos. Una de las similitudes que se ha podido recoger en cuanto a sus efectos es la constante expresión de satisfacción por parte de los alumnos y alumnas mayores sobre los cursos y actividades ofrecidas, así como la percepción de cambios ocurridos en sus vidas, expresados por ellos mismos, a partir de su incorporación a estos programas. Si bien estas expresiones de satisfacción y cambios son bastante comunes en los diversos programas y países, aún son pocos los intentos de medición del efecto que el paso por las aulas tiene en los alumnos mayores y en su relación con su entorno familiar. En este artículo se toman en cuenta los resultados de dos estudios que se orientan a ello. El primero fue realizado en el

año 2002 y da cuenta de los cambios percibidos por los alumnos mayores y sus familias luego de su paso por las aulas. El segundo, materia central del presente artículo, es un estudio de casos realizado en 2010 y que específicamente se propuso como objetivo medir el nivel de empoderamiento del adulto mayor luego de su paso por las aulas, con la intención de aportar material para las reflexiones sobre el impacto de la educación en adultos mayores y sobre el empoderamiento y la vejez.

El tercer capítulo, titulado “A construção de saberes na Universidade Aberta para a Terceira Idade (UATI) pela relação intergeracional”, escrito por Rita de Cássia da Silva Oliveira, Flávia da Silva Oliveira y Paola Andressa Scortegagna, cuestiona el preconcepto de que en la vejez no es posible el aprendizaje, y propone un nuevo paradigma de vejez y adulto mayor activo, participativo, ciudadano y con plenas condiciones para el aprendizaje. Este artículo se refiere al papel de la educación permanente y la construcción de saberes derivados de la relación intergeneracional que se facilita en la UATI, en la Universidade Estadual de Ponta Grossa. Las autoras muestran cómo los procesos educativos permiten desarrollar sentimientos de autoconfianza, modificar la autoimagen negativa y posibilitar un mejor contacto e intercambio social: “Deve-se ressaltar o papel democrático que a educação possui, dadas as diversas possibilidades de mudança que ocorrem per seu intermédio” (p. 253). El modelo educativo así propuesto rompe con aquel tradicional en el que la educación para la tercera edad se enfocaba como una forma más de asistencialismo, centrado en actividades meramente recreativas y probablemente —habría que añadir— infantilizantes. La concepción de las universidades abiertas se relaciona más directamente con un posicionamiento político y social a través del cual se resignifican y complejizan las figuras de ciudadanía presentes en la vejez y el envejecimiento. Se postula que la persona adulta mayor no sólo necesita recreación para ocupar su tiempo, sino también un espacio de crecimiento y aprendizaje constante. En esa medida, las relaciones intergene-

racionales propician un intercambio de conocimientos y experiencias, que fortalece las relaciones afectivas y posibilita la reconstrucción de nuevos saberes.

El presente libro cuenta con una cuarta parte denominada “Familias, redes y apoyos sociales”; en esta sección se aglutinan las reflexiones de los autores en torno al papel de las familias en el contexto de envejecimiento, la manera como se dan las relaciones intergeneracionales, el papel de las redes sociales y las formas de apoyo que se brinda en esta etapa de la vida. El primer capítulo de esta sección es el titulado “¿Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos con los adultos mayores”, que representa la aportación de Soledad Herrera y Beatriz Fernández. En este trabajo las autoras hacen un estudio sobre la cantidad y la calidad de ayuda que las personas adultas ofrecen a sus padres adultos mayores en Chile. Plantean una serie de hipótesis que luego confrontan con datos duros de encuestas diseñadas por las investigadoras. El estudio presenta antecedentes respecto de la magnitud de las percepciones sobre responsabilidad filial y parental en Chile, y se estiman dos modelos de regresión logística acerca de los factores que se relacionan con que los hijos adultos estén dando mayor o menor ayuda a sus padres y madres, respectivamente. Se utilizan datos de una Encuesta sobre Relaciones Intergeneracionales representativa de los adultos con 45 años y más de Santiago de Chile del año 2009. Los resultados indican que si bien la necesidad de ayuda (operacionalizada por la edad de los padres) es el principal factor que desencadena el apoyo filial, hay otros factores importantes que difieren en padres y madres. En el caso de las madres, el sentimiento de obligación y la proximidad residencial tienen también importancia, mientras que en el caso de los padres es significativa la calidad de la relación afectiva.

En el segundo capítulo, de Cecilia Rabell y Sandra Murillo, titulado “Apoyos recibidos por personas de la tercera edad en México”, se analizan los intercambios familiares de parientes y

personas cercanas que no viven con la persona adulta mayor, a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Familias (2005). Las autoras se centran en la población con 60 años y más cuando experimenta situaciones críticas como la muerte de un familiar o una enfermedad. Los resultados mostrados prueban que, en estas situaciones, los adultos mayores reciben diferentes formas de apoyo de manera significativa. Es importante el hecho de vivir en pareja, pero en caso de no contar con ella, los hijos aparecen como la principal fuente de apoyo no corresidente, seguida de los hermanos y amigos, lo cual constata otros estudios realizados previamente. Lo original de este capítulo es que, ante una situación crítica, las ayudas recibidas más frecuentes son el dinero y el apoyo moral. Por último, en él se constatan las diferencias de género entre las personas adultas mayores en el momento de dar y recibir apoyos en situaciones críticas.

El tercer capítulo que conforma esta sección es el titulado “Las familias en el proceso de envejecimiento en Guanajuato, México”, escrito por Luis Fernando Macías y Margarita Díaz Ábrego. En éste, los autores analizan el papel de las familias, conservadoras y liberales, en el marco del contexto de envejecimiento tomando como punto de partida lo que sucede en Guanajuato. Analizan las diferentes conceptualizaciones sobre las familias y se aproximan a ellas a través de la sociodemografía de los hogares en Guanajuato. Además, se estudia el impacto que tienen la migración, los divorcios y la violencia en la población infantil y adulta mayor. Una aportación novedosa de este capítulo es la mirada desde el psicoanálisis con las diferentes problemáticas de las familias conservadoras en Guanajuato frente al envejecimiento.

Otro capítulo que se presenta en esta sección lo constituye el trabajo titulado “Preferencias sobre cuidados en vejez avanzada en México: diagnóstico, dilemas y desafíos en contextos de pobreza en tres estados de la República”, de Rocío Enríquez Rosas. En éste, la autora aborda un tema central en los estudios sobre

envejecimiento, que es la forma como se dan los procesos de cuidado en contextos de pobreza y marginalidad urbana de Guadalajara, Jalisco; León, Guanajuato, y Tlanapa, Puebla. La autora detecta un proceso de precarización de los procesos de cuidado y de la existencia misma, en el que se confrontan las posibilidades reales que tienen los sujetos, principalmente las familias y sobre todo las mujeres, para hacer frente a un problema social que los rebasa y que deslinda a las instituciones, al mercado y a la sociedad en general, de una responsabilidad que compete a todos y que sólo de esa manera puede llevarse a cabo. Por último, alerta sobre los desafíos teórico-metodológicos que en materia de cuidado trae consigo el proceso de envejecimiento. Sugiere que es necesario contar con construcciones metodológicas híbridas y complejas que pongan en el centro la naturaleza polifónica de la noción de integralidad en el cuidado.

El quinto capítulo de esta sección es el titulado “Familia, envejecimiento y políticas sociales”, realizado por Sandra Mancinas Espinoza y Sagrario Garay Villegas. En este capítulo las autoras analizan cómo el apoyo a las personas adultas mayores se da desde distintos frentes. Señalan que México es uno de los países que enfrentan dificultades para atender a la población envejecida actual y a la futura. Frente a este panorama, las redes informales de apoyo, como la familia, son de gran importancia para aliviar las dificultades económicas y de salud a las que se enfrenta la población envejecida. En este contexto, el arreglo familiar en el que se encuentran las personas con 65 años o más podría responder a una “estrategia” para aliviar situaciones socioeconómicas y de salud precarias. En particular, este trabajo se aproxima a las políticas sociales dirigidas a la población adulta mayor en México a través de la cobertura social que reciben (pensiones y acceso a servicios de salud) y su vinculación con el tipo de arreglo familiar en el que residen, pero sobre todo discuten el papel de las familias en la protección social de los viejos y los retos que enfrenta el Estado en esta relación.

El apoyo informal, en particular el otorgado por la familia, se ha convertido en uno de los elementos más importantes para sobrellevar la falta de ingresos y los cuidados requeridos por los adultos mayores. Esto se debe a que en México 80% de los adultos mayores no recibe ingresos por pensión o jubilación. Otro factor importante es el que muestra que sólo 43.9% es derechohabiente en alguna institución de salud. El seguro popular no ha logrado cubrir al total de las personas con 65 años o más que no son derechohabientes, y la calidad en la prestación de estos servicios es cuestionable. Las autoras concluyen que una política social puede contribuir a evitar el debilitamiento de los apoyos intergeneracionales entre las generaciones jóvenes con las mayores para proporcionar transferencias y apoyo físico y emocional.

Un sexto capítulo lo conforma el texto titulado “Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores”, de Claudia J. Arias. En éste, la autora analiza los apoyos sociales en relación con las personas mayores, tema que ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas, y explora múltiples posibilidades para responder a una serie de demandas y nuevas necesidades que surgen con el envejecimiento poblacional. En este sentido, se analizan las alternativas del modelo de apoyo social para desarrollar intervenciones en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario, orientadas a las personas mayores. Por último, de acuerdo con las necesidades prioritarias identificadas a nivel regional, se proponen mecanismos para profundizar los apoyos sociales desde las políticas públicas, empoderar este segmento de la población, posibilitar el mantenimiento de su autonomía, mejorar su integración social y elevar su calidad de vida.

Otro capítulo que se presenta aquí es el de Víctor Manuel Mendoza-Núñez y María de la Luz Martínez-Maldonado, titulado “Modelo de redes sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez”. En éste se presenta un modelo de atención gerontológica comunitaria realizado en la Facultad de Estudios Superiores

Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (FES Zaragoza, UNAM). El paradigma que se propone es el del envejecimiento activo, para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida. Los autores se proponen mostrar la viabilidad del modelo para su implementación en programas estatales de prevención y control de enfermedades crónicas a través del autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión. Presentan un estudio de intervención comunitaria durante el bienio 2007-2009, en el Estado de Hidalgo, México, con las siguientes acciones: i) gestión de un convenio entre la FES Zaragoza, UNAM, y el Instituto para la Atención a los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH), ii) implementación del modelo de envejecimiento activo, iii) establecimiento de una red de núcleos gerontológicos, iv) seguimiento y evaluación de los factores que facilitan y dificultan la implementación del modelo. Entre los resultados relevantes, podemos resaltar que el IAAMEH adoptó como política pública el envejecimiento activo, considerando el modelo de la FES Zaragoza, UNAM, en la implementación de programas de atención comunitaria para adultos mayores. Se formaron 170 adultos mayores como promotores gerontológicos y una red de 300 núcleos gerontológicos. Entre las dificultades vinculadas con la viabilidad institucional y social podemos resaltar los prejuicios y estereotipos de los directivos, coordinadores y personal de las instituciones vinculadas con los programas estatales gerontológicos. Los resultados sugieren que el modelo es viable, siempre y cuando se establezcan estrategias de formación y capacitación para los directivos y coordinadores de programas estatales gerontológicos, para contrarrestar los estereotipos y prejuicios que promueven la imagen de dependencia en la vejez.

Los últimos dos capítulos de esta sección presentan varios resultados de investigación que enlazan la temática del envejecimiento y la migración, así como sus impactos indirectos en las familias y sociedades de origen y destino. El primero de ellos aborda las “Estrategias de apoyo transnacional ante el envejeci-

miento en México y Estados Unidos”, y fue escrito por Verónica Montes de Oca y Rogelio Sáenz. Los autores plantean la importancia de la migración en las familias mexicanas y en los procesos de cuidado de los hijos a los padres ancianos enfermos o con necesidades de cuidado de la salud, tanto en México como en Estados Unidos. La tipología que presentan muestra estrategias diferentes que dependen de la condición migratoria de los hijos, de su lugar de residencia, de su sexo, así como del tipo de enfermedad del adulto mayor.

Por último, en esta sección se encuentra el trabajo de Ángeles Escrivá sobre los “Motivos y tendencias de la migración de adultos mayores a España”. En este capítulo se plantea que la migración no es exclusiva de poblaciones jóvenes y que la vejez (considerada como una etapa de la vida en estabilidad) también experimenta cambios residenciales en nuevos contextos. Éste es el caso de los adultos mayores analizados por Escrivá, que buscan alternativas para mejorar su vida a través de la migración en edades avanzadas. Sea por buscar trabajo, sea para apoyar a sus hijos, la migración de los mayores constituye un fenómeno poco estudiado pero cuya tendencia se espera que se incremente como resultado de otras migraciones familiares previas o por las insuficientes condiciones de vida en sus lugares de origen. Dentro de este grupo se encuentra la población femenina, que ocupa un hueco en actividades de cuidado y trabajo doméstico frente al envejecimiento demográfico en España. Los grupos que analiza la autora son los peruanos, los argentinos y los europeos en España. Los motivos de la migración, si bien son variados, también responden a la reunificación familiar o a la decisión de trabajar, por voluntad propia, en actividades cualificadas o no cualificadas, o en todo caso realizando actividades reproductivas no remuneradas. El artículo de Escrivá dirige una nueva mirada a la migración en edades avanzadas y sobre cómo se complejiza este fenómeno que relaciona a las poblaciones ancianas de países desarrollados con las de los menos desarrollados.

La quinta parte de este libro, titulada “Políticas públicas y derechos humanos en la vejez”, comienza con el artículo realizado por Sandra Huenchuan, “El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos”. La autora estudia la existencia de mecanismos de responsabilidad, la promoción de la igualdad y la no discriminación, la participación y empoderamiento de grupos excluidos y la realización progresiva de los derechos en relación con las personas adultas mayores. Se menciona que los instrumentos de política más comunes por lo general sólo ofrecen paliativos para superar esas pérdidas o carencias, pero que las instituciones continúan funcionando con base en un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada, como ya se mencionó, con un modelo deficitario. Para contrarrestar estas situaciones, el reconocimiento formal de la igualdad de derechos no es suficiente porque no cambia la situación de desventaja de las personas mayores. En este sentido, las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos parecen constituir el marco conceptual para buscar la compensación legal que se necesita para la atención de los problemas de los adultos mayores. La autora sostiene que las personas adultas mayores no cuentan con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja sus derechos, como ocurre con otros grupos discriminados, por lo que para hacerlos efectivos hay que superar la enorme dispersión normativa existente. La CEPAL propone, por su parte, avanzar hacia un nuevo pacto de protección social que tenga tres dimensiones (normativa, procesal y de contenidos) para progresar hacia el ejercicio de derechos ciudadanos de todos los grupos sociales.

El segundo capítulo de esta sección lo constituye el trabajo titulado “De las políticas sociales al derecho de la vejez: sobre la necesidad de un modelo iusfundamental de ciudadanía en la ancianidad”, de María Isolina Dabove. La autora plantea que, en la era de la globalización-marginación, las políticas sociales geron-

tológicas son necesarias pero no suficientes para lograr la inclusión, la participación y la pertenencia de las personas de edad en sus comunidades y en la cultura posmoderna. Dichas políticas sólo contribuyen a su promoción, pero no aseguran completamente su posición de ciudadanos, al no proteger ni asegurar por mecanismos institucionales habilitados a tal fin, el goce pleno de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas de edad, en igualdad de condiciones con todas las demás. Para lograrlo, hace falta la implementación jurídica de un modelo iusfundamental de ciudadanía: aquel que se deriva del reconocimiento formal y material de los derechos humanos en la vejez, tanto en el plano internacional y regional como en el del derecho nacional. Es decir, hace falta la expansión y el desarrollo de un *derecho de la ancianidad*, referido a los derechos humanos de autonomía, participación y prestaciones de las personas de edad; y a la articulación de éstos con los de las generaciones coexistentes. En este trabajo se muestran las razones que llevan a sostener estas afirmaciones; también se delimitan los caminos jurídicos viables en este tiempo para la construcción de esta ciudadanía iusfundamental, a través del paradigma neoconstitucional que proviene del reconocimiento formal de los derechos humanos en el marco del actual derecho estatal, comunitario e internacional.

El tercero y último capítulo lo constituye el texto de Rosa Kornfeld, Francisco González Mendoza y Cristián Massad Torres, titulado “Envejecimiento en Chile. Institucionalización y políticas para las personas mayores”. El artículo muestra las acciones que ha tomado de manera institucional el gobierno de Chile para atender la problemática de los adultos mayores. Los autores enumeran una serie de programas para atender a las poblaciones mayores; sobresale el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), diseñado para promover el conocimiento y uso de los derechos del adulto mayor, y su incorporación integral a la sociedad. Mencionan que se ha llevado a cabo una reforma previsional orientada a fortalecer las condiciones para el acceso a una pensión

decorosa, dadas las dificultades de muchas personas que no están integradas al sistema de capitalización individual. La reforma promulgada en marzo de 2008 establece el derecho universal a la protección social en un esquema de solidaridad y equidad social y de género, con un carácter de sostenibilidad. Otro programa es el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE), que tiene como objetivos mejorar los logros sanitarios alcanzados y corregir las inequidades en salud. Considera en la actualidad un grupo de 56 patologías; 39 de ellas corresponden a adultos mayores. Otros programas son el Programa de Salud del Adulto Mayor, el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, el Programa de Vivienda para el Adulto Mayor, el Programa Vínculos y el Fondo Nacional del Adulto Mayor, entre otros. Todos conforman un mosaico de acciones gubernamentales actuales que buscan integrar al adulto mayor en la sociedad chilena a través de redes comunitarias en el espacio local, y mejorar su calidad de vida, de vivienda y de alimentación.

PARTE I

ESCENARIO GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO

THE DEMOGRAPHICS OF POPULATION AGEING
IN LATIN AMERICA, THE CARIBBEAN
AND THE IBERIAN PENINSULA, 1950-2050

George W. Leeson

INTRODUCTION

The world is ageing —both at an individual and population level— and this ageing produces challenges and opportunities for governments and citizens across the globe (Leeson & Harper, 2006, 2007, 2007a, 2007b, 2008).

At an individual level, life expectancies at birth have increased from 47 years in the mid 20th century to 69 years today, and are expected to rise to 76 years by the mid 21st century. At the population level, the proportion of the world's population aged 60 years and over has increased from 8 per cent in the mid 20th century to 11 per cent, and by 2050, it is expected to reach 22 per cent, equating to 2 billion people (United Nations, 2010). The challenge of increasing longevity has long been an issue of demographic interest, and no less so in more recent years (Leeson 2009; Vaupel and Kistowski, 2005, for example).

The scale of ageing across the globe is truly immense and must surely be regarded as one of the success stories of human-kind as more and more people live long, relatively healthy lives (Leeson, 2001). However, this success does not come without some concerns, perhaps, and challenges, most certainly. In addition, different regions of the world —and even different countries within regions— have experienced the demographic ageing of

their populations in significantly different ways. For example, the ageing of the populations of Europe began with the so-called demographic transition and this transition from high fertility and mortality to low fertility and mortality lasted for around 150 years, giving societies and governments time to address and adjust as their populations transitioned from young to old. The infrastructures in place in the developed world today (long term care services, housing and transport, pensions systems, for example) have been developed accordingly in response to changing demographics and levels of welfare. Elsewhere, and more recently, this transition is not only more dramatic in terms of scale, but also in terms of speed (for example, Khan and Leeson, 2008). There is little time to address and adjust, despite the good intentions of governments, and the window of opportunity is closing slowly but surely.

As Europe and North America aged through the 20th century, the next wave sees the populations of much of Asia ageing in the first decades of the 21st century on an unprecedented scale, driven primarily by rapidly declining fertility. Fertility in Korea, for example, has declined in the course of just one generation from almost 3 in 1975-80 to just over 1 in 2000-05 (United Nations, 2010). This presents huge challenges to individuals, families, and society as a whole, not least because many of these societies are highly family-based in respect of support for older people. Quite simply, that family is shrinking dramatically and the role of the family is changing likewise (Harper, 2004).

As the ageing of populations encompasses the globe, Latin America and the Caribbean, with their own history, culture and traditions, now stand on the brink of their own ageing challenge, and countries are variously prepared or unprepared to take on the challenge (Brea, 2003). As well as ageing, the populations of the region have grown and urbanised, increasing strain on infrastructures such as public services, housing, transport, jobs, and education. So while a large majority of people in the region live

in urban settings, indigenous peoples still remain in rural areas, and there are increasing divides in wealth and the demography of the region and the policies to address the challenges are thus not a one-size fits all —not across the region and not within countries.

This paper considers population ageing across Latin America and the Caribbean region for the period 1950-2050. For historical reasons, the Iberian Peninsula data are also graphed to illustrate the convergence or otherwise of the region's demographics with that of Southern Europe.

POPULATION GROWTH AND URBANISATION IN LATIN AMERICA, THE CARIBBEAN AND THE IBERIAN PENINSULA 1950-2050

By the mid 20th century, Latin America and the Caribbean were experiencing a veritable population boom as mortality declined while fertility remained relatively high leading to population growth rates of almost 2.8 per cent per annum in the early 1960s —surprisingly (perhaps) the highest rates of growth in any region of the world. These high levels of growth coincided with the region's highest levels of fertility— almost 6 live births per female on average. But such high levels of fertility were not to last. In just 30 years, this had been halved. Even so, population in the region doubled in the same 30 years, from 220 to 442 million. Part of this is due simply to the momentum in the population, but part of it is due to decreasing mortality, which ensured more and more people were surviving to older ages (life expectancy at birth increased by 12 years from 57 to 69 years) and significantly more children were surviving their first year of life (infant mortality rates fell from a staggering 126 per 1000 live births to a more modest 38 per 1000 live births). By 2010, despite continued declines of fertility to around 2 per female, the population of the region had increased by a third to 590 million, now comprising 8.5 per cent of global population.

At the same time, the region was becoming more urbanised. In the mid 20th century, around 40 per cent of the region's population lived in urban settings, and by 2010 this had doubled with 80 per cent now living in urban settings. Likewise, urbanisation in the Iberian Peninsula has increased from around 30 per cent in 1950 to just over 60 per cent in 2010, and the level of urbanisation here is expected to increase further to 80 per cent by 2050. Only North America has a higher proportion of its population urbanised. These region-specific characteristics reflect a global trend of urbanisation as for the first time in human history more than 50 per cent of the world's population live in urbanised settings. More than 50 per cent of the world's urban-dwelling population lives in Asia. Interestingly, urban areas of the world are expected to absorb all global population growth over the next four decades as well as continuing to deplete the rural populations of the world by virtue of rural-urban migration (United Nations, 2010a).

But do the country-specific demographic pathways converge or diverge? Not surprisingly, population size and growth rates differ significantly across the region, as appears from Figure 1.

In the mid 20th century, the majority of countries in the region had populations under 10 million, ranging from just 25,000 in French Guiana to 7.6 million in Peru. Only four countries in the region had populations greater than 10 million, the largest of these being Brazil with 54 million, followed by Mexico (28 million), Argentina (17 million) and Colombia (12 million). As growth rates peaked in the 1960s, populations doubled almost everywhere over the next 20 years, notable exceptions being Argentina, Uruguay, Cuba, Puerto Rico, Jamaica, and Barbados, and by 1990 the majority of populations had more or less tripled in size compared with 1950, notable exceptions again being Argentina, Uruguay, Cuba, Jamaica, and Barbados. By the early part of the 21st century, growth was slowing across the region, but even

so Brazil's population had risen to almost 200 million and Mexico's to around 110 million. The majority of countries still had populations below 10 million, but there were now 11 countries with populations between 10 and 50 million, and two countries with more than 100 million inhabitants.

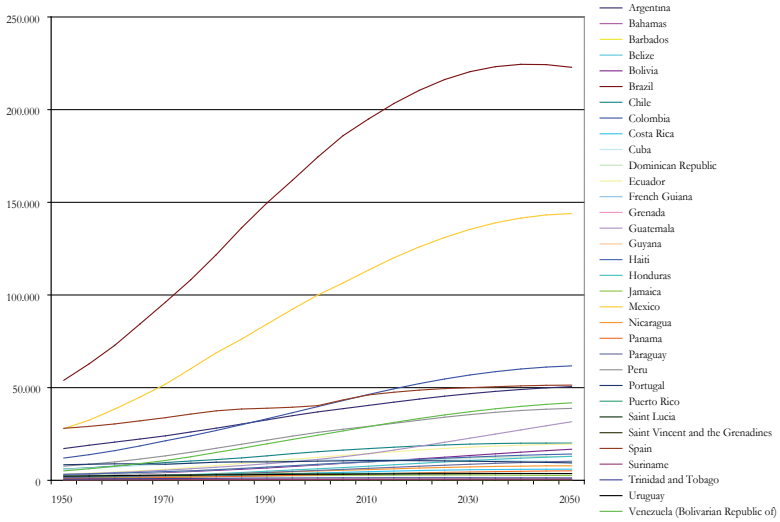
In 1950, the population of the region had more or less matched that of North America (Canada and the United States), but 60 years on the North was demographically overshadowed by its southern neighbours by more than 200 million people.

The medium variant of the United Nations Population Forecasts suggests that the population of Latin America and the Caribbean will continue to grow, reaching 750 million by 2050, outranking its northern neighbours by more than 300 million by that time. Underlying this continued regional growth, however, is population decline, albeit modest, in a number of the smaller countries of the region, namely Barbados, Cuba, Grenada, Guyana, Jamaica, Puerto Rico, and Trinidad & Tobago, continued modest increases in some other countries and population stabilisation elsewhere. Meanwhile, the pattern of mainly relatively small populations continues with 19 countries still with populations under 10 million, nine between 10 and 50 million and four more than 50 million (see Figure 1).

Along the same time-line, the population of the Iberian Peninsula increased from 36 million in 1950 to 56 million in 2010 and is expected to increase modestly to 61 million by 2050. The Peninsula's share of global population has fallen from 1.4 to 0.8 per cent and is expected to decline further to just 0.6 per cent by 2050. As we shall see, fertility on the Peninsula has declined dramatically to fuel the slowing of its population growth, despite continued improvements in mortality.

The two main drivers of the development outlined above are fertility and mortality, and to some extent in localised areas also international migration. In the following we shall consider the trend of convergence or divergence in the region in respect of

FIGURE 1
POPULATION IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN,
1950-2050, BY COUNTRY. THOUSANDS



Source: United Nations (2010).

each of the two main drivers, where the trends, although at different levels, are downwards.

FERTILITY

In the 1970s to 1990s, the low levels of fertility (1.3 to 1.8) across Northern and Western Europe and North America were seen as unprecedented and unlikely to continue, and the world's population was expected to reach 12 billion by the middle of the 21st century (Davis, Bernstam and Ricardo-Campbell, 1986). In other words, there was no evidence and certainly no expectation that fertility would

- remain low in all of Europe
- plummet across Asia
- begin its decline in Latin America

or that

- world population would stabilise at around 9 billion by the mid 21st century.

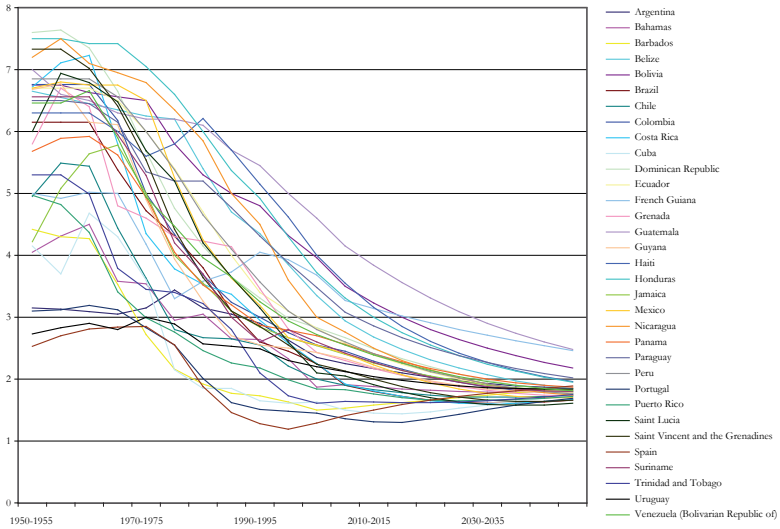
As a consequence, predictions proved dramatically off course. Fertility levels remained low or increased only moderately in Northern and Western Europe and North America; they declined to extremely low levels in Southern Europe; and—even more unexpectedly—they declined dramatically in Asia, coming down to just above replacement level in the region as a whole and to frighteningly low levels in some countries such as Korea (around 1.2), Hong Kong (around 1.0) and Singapore (around 1.3). Fertility in Spain declined from 2.9 in 1970 to only 1.3 in 1990 and likewise in Portugal from around 3 to 1.49, and while fertility has recovered somewhat in Spain, it has continued to decline in Portugal standing at 1.39 in 2010 (United Nations, 2010).

These fertility declines—and the beginnings of similar declines in Latin America—are the result of profound social changes, including changing values and attitudes as well as behaviour to family formation and childbearing. As can be seen from Figure 2, fertility across the region has plummeted from 1950 to 2010 with only one or two exceptions (for example, Uruguay where the decline has been from 2.7 in 1950 to 2.0 in 2010), and the variance in levels has decreased significantly. In 1950, levels had varied from 2.73 in Uruguay to 7.6 in the Dominican Republic, and by 2010 this variance was from 1.45 in Cuba to 3.84 in Guatemala. In the most populous countries of the region, the declines have been from 6.1 to just 1.8 in Brazil and from 6.7 to just 2.2 in Mexico.

These are indeed dramatic declines both in terms of size and speed.

Towards the middle of the 21st century, there is a convergence of fertility levels across the region on 2.0, which is a result of

FIGURE 2
TOTAL FERTILITY RATES IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN,
1950-2050, BY COUNTRY



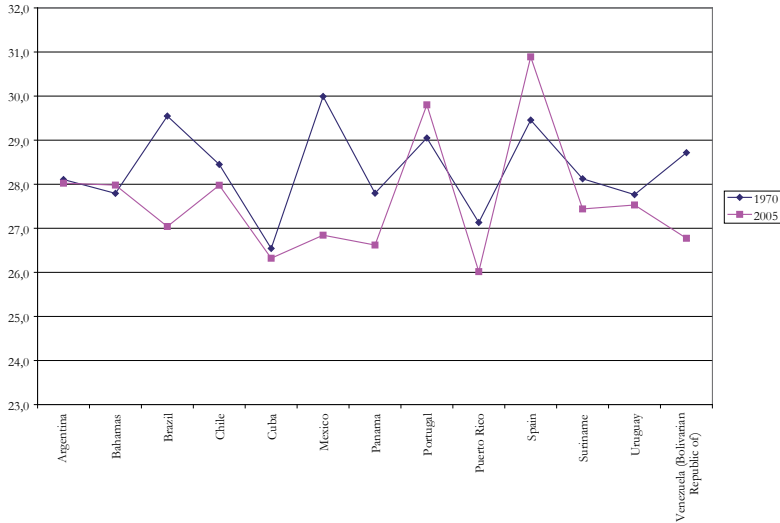
Source: United Nations (2010).

the assumptions of the forecast’s assumptions (United Nations, 2010) and need not reflect a true convergence (compare with the predicted experience from the latter decades of the 20th century).

The mean age at childbirth in most countries under consideration has remained constant or has declined slightly from 1970 to 2005 (see Figure 3). The largest absolute decline has taken place in the Dominican Republic, from 30.3 years to 25.8 years. In Brazil, the decline has been almost 3 years to 26.9 years, and in Mexico more than 3 years to 26.8 years. In this same period, the mean age at childbirth in both Spain and Portugal has increased.

While these national figures for the development of fertility are in their own right of massive interest and concern for demographers and policy makers, the intra-country differences are vitally important to understand the drivers of this fertility decli-

FIGURE 3
 MEAN AGE AT CHILDBIRTH IN LATIN AMERICA, THE CARIBBEAN AND
 THE IBERIAN PENINSULA, 1970 AND 2005, BY COUNTRY



Source: United Nations (2009a).

ne (over and above the emergence of cheap, accessible and effective means of birth control). Education, socioeconomic status, and urban contra rural residence are all important determinants of fertility so that fertility tends to decline with increasing levels of urbanisation, increasing educational attainment of both males and females, and increasing socioeconomic status.

Education may well be the key of all of these factors in terms of driving large scale and universal fertility decline. Educated females tend to have higher aspirations for themselves and their children, and this alone leads to delays in marriage and child-bearing as well as smaller families. Once these aspirations have become rooted in a population, societal infrastructure also comes into play. The provision of childcare for working families and the provision of suitable housing for young families all come together in a perfect storm of low fertility.

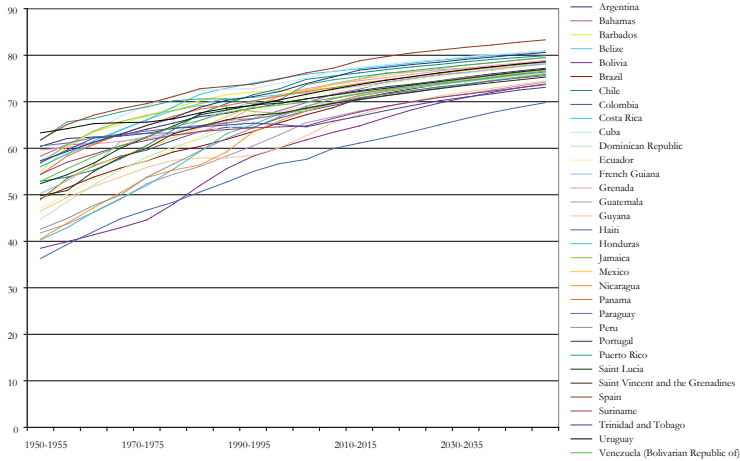
MORTALITY

Most countries of the region began to experience significant mortality declines after 1950, which led to marked increases in life expectancies at birth for both males and females, as appears from Figure 3. Across the region, however, there has been and still is noticeable variance between countries. So, in 1950 life expectancy at birth for males ranged from less than 40 years in Bolivia and Haiti to more than 60 years in Uruguay, Puerto Rico, Paraguay, and Argentina. By 2010, this range was from 61 years in Haiti to almost 80 in Costa Rica, Cuba, and Chile. The same is true for females although the variance is declining for both genders. Female life expectancy continues to exceed male life expectancy, and in fact the gender gap has widened over the past 60 years from 3.3 years to 5.5 years across the region on average —today the gap is widest in El Salvador at 9.5 years and narrowest in Grenada (3.2 years).

The gap between Latin America and the Caribbean and Northern American countries as far as life expectancy is concerned has been reduced considerably for both genders. In the early 1950s, there was a difference of around 17 years for males and 25 years for females. By the beginning of the 21st century, these differences had been reduced to just 7 years for males and only 5 years for females. Much of these improvements are related to a shift from mortality from communicable diseases to mortality from non-communicable diseases.

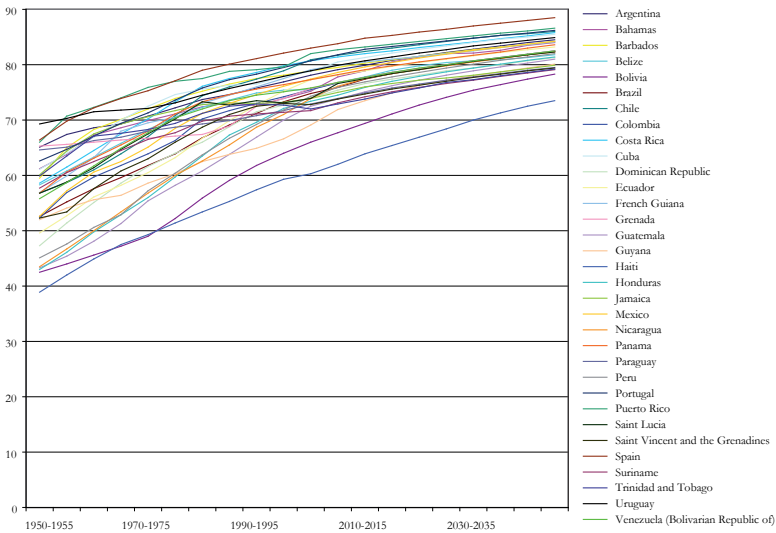
The future assumes continuing declines in mortality so that by 2050, the variance across countries of the region will reduce and life expectancies will range from 69.8 years in Haiti to 80.9 years in Cuba for males, and from 73.5 years in Haiti to 86.6 years in Puerto Rico for females. Across the region as a whole, life expectancies at birth will have risen to 77 and 82.7 for males and females respectively, which compares with 80.7 and 85.8 years respectively in Northern America —another narrowing of the north-south gap in the Americas and the Caribbean.

FIGURE 3A
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH FOR MALES IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, 1950-2050, BY COUNTRY



Source: United Nations (2010).

FIGURE 3B
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH FOR FEMALES IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, 1950-2050, BY COUNTRY



Source: United Nations (2010).

Life expectancies at birth in Spain and Portugal for both males and females have constantly been in the upper end of the range across the regions and are expected to remain so. In terms of male healthy life expectancy today (WHO, 2010), Costa Rica has the highest level in Latin America at 68 years, which means that 10.5 per cent of life expectancy is spent in ill-health, while Bolivia has the lowest at 57 years corresponding to 12.3 per cent of life expectancy in ill-health. In the Caribbean, Cuba leads with 68 years (10.5 per cent lost in ill-health) while Guyana has the lowest with 52 years (16.1 per cent lost in ill-health), and Spain has the higher of the two in the Iberian Peninsula with 71 years which corresponds to 9 per cent of life expectancy in ill-health while Portugal has 69 years (9.2 per cent in ill-health).

As far as female healthy life expectancy today is concerned, Chile has the highest level in Latin America at 72 years, which means that 12.1 per cent of life expectancy is spent in ill-health, while Bolivia has the lowest at 59 years corresponding to 13.2 per cent of life expectancy in ill-health. In the Caribbean, Cuba leads with 71 years (10.1 per cent lost in ill-health) while Guyana/Haiti have the lowest with 55 years (19.1/14.1 per cent lost in ill-health respectively), and Spain has the higher of the two in the Iberian Peninsula with 76 years, which corresponds to 9.5 per cent of life expectancy in ill-health while Portugal has 73 years (12 per cent in ill-health).

THE AGEING OF THE POPULATION

While increases in longevity and life expectancy relate to our individual ageing, the declines in mortality and fertility relate to population ageing, a situation in which the number of older people and their share of the population increases. As mentioned in the introduction, given the demographic development outlined in the preceding sections, Latin America and the Caribbean now

stand on the brink of their own ageing challenge as both individuals and populations age significantly.

Why is ageing so important? In fact, one could argue that ageing per se is not important, but what is important is the age structure of a population as this impacts on more or less all social phenomena from child care and schooling to housing and transport; from hospital care to long-term care; from the workplace to community services (Leeson, 2009).

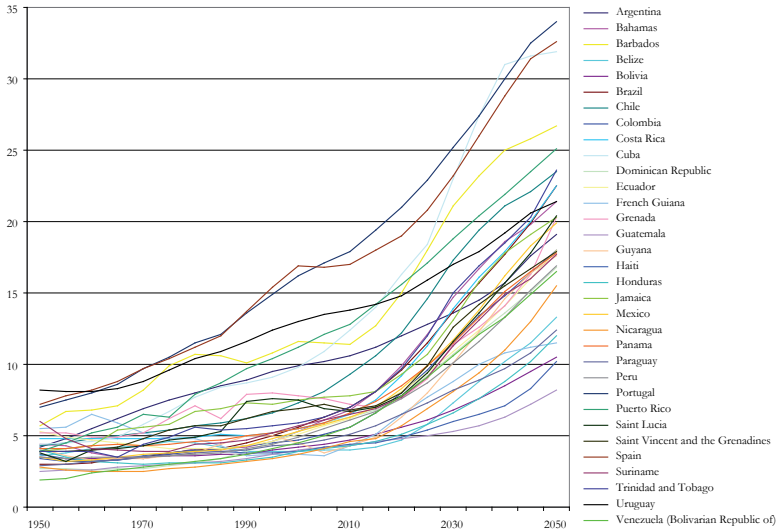
For most of the 20th century, Latin America and the Caribbean had youthful populations, and it was not until the 1980s that the proportion of the population aged under 15 years dropped below 40 per cent. By 2010, less than 30 per cent of the population was aged under 15 years, while the proportion aged 65 years and over stood at around 7 per cent, having been at most 5 per cent for most of the century (see Figure 4).

In 1950, the region's oldest population was to be found in Uruguay, where 8.2 per cent of the population were aged 65 years and over. In Brazil and Mexico, this proportion was around 3 per cent. By 2010, Argentina, Barbados, Cuba, Puerto Rico, and Uruguay all had proportions exceeding 10 per cent. However, as appears from Figure 4, the variance across countries of the region seems to have increased from 1950 to 2010 as the pace of ageing differs.

However, the next 40 years are predicted to witness a veritable explosion in the number and proportion of older people in the region with only Guatemala still having less than 10 per cent of its population aged 65 years and over in 2050 (United Nations, 2010). The oldest population of the region is expected to be Cuba with 31.9 per cent of its population aged 65 years and over. But again, the pace of ageing varies across the region and the variance has increased even more by 2050.

Cuba, thus, towers above the rest of the region in terms of ageing progressing from around 4 per cent aged 65 years and over in 1950 to more than 30 per cent 100 years later. This

FIGURE 4
THE PROPORTION OF THE POPULATION AGED 65 YEARS AND OVER IN
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, 1950-2050, BY COUNTRY



Source: United Nations (2010).

country also represents all too keenly the challenges facing the region in respect of infrastructures not adequately geared to such an ageing population. But elsewhere, the ageing of population is dramatic enough. By 2050, 22.5 per cent of Brazil’s population and 19.9 per cent of Mexico’s population will be aged 65 years and over.

Not surprisingly, given the development of fertility and mortality outlined above, the populations of Spain and Portugal began to age earlier than those of Latin America and the Caribbean. Already in 1950, around 7 per cent of the population of the Iberian Peninsula was aged 65 years and over, increasing steadily to almost 18 per cent by 2010. However, over the next four decades this Iberian ageing is expected to develop even more markedly with the proportion of those aged 65 years and over reaching more than 30 per cent by 2050 (United Nations, 2010).

But as mentioned above, the region does have a window of opportunity —the so-called demographic dividend— as the decline in youth and the increase in older persons actually coincide to provide a period of declining dependency.

By way of example, let us consider the regions two most populous countries, Mexico and Brazil. Table 1 illustrates the development in the total demographic dependency from its peak in both countries in 1965 to 2050. Total demographic dependency is defined as the ratio of those aged 0-14 years and those aged 65 years and over to the population aged 15-64 years. This is of course not a true reflection of dependency in the population but is purely a demographic proxy of the ratio of those not working to those working. A total demographic dependency of 50 indicates that there are 100 people of working age for every 50 persons not of working age (either young or old).

TABLE 1
TOTAL DEMOGRAPHIC DEPENDENCY IN MEXICO AND BRAZIL,
1965-2050. PERCENTAGE

| <i>Country</i> | <i>1965</i> | <i>2010</i> | <i>2025</i> | <i>2050</i> |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Mexico | 101 | 55 | 49 | 57 |
| Brazil | 88 | 48 | 45 | 59 |

Source: United Nations (2010).

The total dependency peaked in both countries in 1965 at 101 in Mexico and 88 in Brazil, and since then the dependency has declined steadily to 55 and 48 respectively and will decline further to their lowest levels in 2025 (49 and 45 respectively). Thus, in both countries, the total dependency has been “favourable” and “improving” for 45 years and will continue to do so for another 15 years. The demographic shifts produced by the declining fertility in particular have increased the size of the labour force in relation to the non-working segment of the popu-

lation, providing in theory a demographic backdrop for economic expansion —which in turn can be invested to offset the effects of ageing, which produce an increasing total dependency from 2025.

In other words, these countries —and others in the region — still have more than 20 years before this demographic window of opportunity begins to close.

By contrast, the demographic window of opportunity in the Iberian Peninsula is closing. Having declined from 57 in Spain and 61 in Portugal in 1965 to 47 and 50 respectively in 2010, the total demographic dependency is expected to increase to 54 in both countries in 2025 and further to 90 in Spain and 87 in Portugal by 2050.

DISCUSSION

This paper has presented data for the demographic development in Latin America and the Caribbean as well as the Iberian Peninsula over the period 1950 to 2010, and beyond to 2050. The Latin America and Caribbean region is characterised by dramatic declines in fertility and equally dramatic declines in mortality. The result is an ageing of the populations across the region.

Is an ageing population a particularly good or a particularly bad demographic? Demographically, there is no reason why a particular age structure of a population should be good or bad. The causes for concern are linked more to the ability of societal infrastructures at the local, regional, and national levels to accommodate changes in age structures, in this instance the transition from lots of young to lots of old people. However, a population with few young people may not be sustainable, just as continued and uncontrolled population growth is unsustainable. Therefore, a balance of young and old in a stabilised population may be the most preferable option —but it may be a most difficult one to achieve.

The question is really whether individual and societal aspirations match this balance. Do individual aspirations to have few children and to live long, healthy lives collide with the concept of population balance? Do societal aspirations to achieve population balance collide with these individual aspirations? Should we dissuade medical science from finding the cure for diseases of old age, thereby reducing our longevity and life expectancy? Should we exempt couples with 3 or more children from paying income tax? Is it possible to offset the population imbalance by way of international migration (Leeson, 2004)?

What is particularly pertinent in this angle of the debate is the extent—if at all—to which these demographic trends can be reversed if so desired. So, for example, what will it take to convince young people to form families and have more (than one or even two) children? In the past, children were a resource. They contributed to family welfare (by working) and surviving children provided for security in old age of their parents. Today, one could argue that children are a drain on a family's resources, and survival is almost guaranteed.

Demographically, of course, children are important to provide new generations of workers and to maintain the population's continued existence. This has to be seen against a backdrop of increasing concern about population development and environmental change.

Equally pertinent is the extent to which individuals and governments are able to accommodate these individual and population changes in respect of increasing longevity and therefore increasing working life, for example, not to mention the issue of financial security in old age. It is a complex equation.

However, there is some comfort to be found in the demographics at least. As exemplified in this paper by the experience of Mexico and Brazil, countries of the region have actually had a lengthy period of demographic opportunity in which the total demographic dependency has been declining providing in theory

a backdrop for economic expansion fired by a growing labour force. While it may have been difficult as yet for some countries to have taken optimal advantage of this opportunity, the demographic window remains open for at least 20 years.

ACKNOWLEDGEMENTS

The research at the Oxford Institute of Ageing, which underlies this article, has been generously supported by a grant from the British Academy. The data scoping has been carried out by Research Assistants at the Institute, Javier Tubio Ordonez and Ursula Houston. This research has also provided the basis for an article by the author on demographic development in Latin America and the Caribbean published in *Current History* in 2011.

REFERENCES

- BREA, J.A. (2003). "Population dynamics in Latin America". *Population Bulletin* 58 (1): 1-36. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- DAVIS, K., M.S. BERNSTAM and R. RICARDO-CAMPBELL (editors). (1986). *Below-Replacement Fertility in Industrialised Societies*. Supplement to *Population and Development Review*, Vol. 12. New York: Population Council.
- HARPER, S. (2004). *Families in Ageing Societies: A Multi-Disciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- KHAN, H. and G.W. LEESON (2008). "The Demography of Aging in Bangladesh: A Scenario Analysis of the Consequences". *Hallym International Journal of Aging* 8 (1): 1-21.
- LEESON, G.W. (2001). "Global Ageing". *Journal of the Danish Society of Gerontology* 2: 28-30.
- LEESON, G.W. (2004). "Replacement Migration: Coping with Population Change in the Nordic Countries". Working Paper 2004. Stockholm: Nordic Centre for Spatial Development.

- LEESON, G.W. (2009). "Demography, Politics and Policy in Europe". In *Setting EU Priorities 2009*, edited by P. Ludlow, 102-124. Ponte de Lima, Portugal: The European Strategy Forum.
- LEESON, G.W. and S. HARPER (2006). "Attitudes to Ageing and Later Life". The Global Ageing Survey (GLAS), research report 106. The Oxford Institute of Ageing. Oxford: University of Ageing.
- LEESON, G.W. and S. HARPER (2007). "Ageing and Later Life. United Kingdom and Europe". Global Ageing Survey (GLAS), research report 107. The Oxford Institute of Ageing. Oxford: University of Ageing.
- LEESON, G.W. and S. HARPER (2007a). "Ageing and Later Life. The Americas". Global Ageing Survey (GLAS), research report 207. The Oxford Institute of Ageing. Oxford: University of Ageing.
- LEESON, G.W. and S. HARPER (2007b). "Ageing and Later Life. Hong Kong and Asia". Global Ageing Survey (GLAS), research report 307. The Oxford Institute of Ageing. Oxford: University of Ageing.
- LEESON, G.W. and S. HARPER (2008). "Some Descriptive Findings from the Global Ageing Survey (GLAS), Investing in Later Life". Global Ageing Survey (GLAS), research report 108, The Oxford Institute of Ageing. Oxford: University of Ageing.
- UNITED NATIONS (2009). *World Fertility Data 2008*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.
- UNITED NATIONS (2010). *World Population Prospects. The 2010 Revision*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- UNITED NATIONS (2010a). *World Urbanisation Prospects. 2009 Revision*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.
- VAUPEL, J.W., and K.G. KISTOWSKI (2005). "Broken Limits to Life Expectancy". *Ageing Horizons* 3, 6-13.
- WHO (2010). *World Health Statistics 2010*. Geneva: World Health Organisation (WHO).

PARTE II

SUBJETIVIDAD Y ACCIÓN SOCIAL

IDENTIDAD SOCIAL Y VARIACIONES DEL SÍ MISMO EN LA VEJEZ, ENTRE LOS DISCURSOS MODERNO Y POSMODERNO

Ricardo Iacub

INTRODUCCIÓN

El análisis crítico de las narrativas sociales sobre la vejez permite comprender las producciones culturales, científicas y disciplinares en el interior de un determinado contexto histórico narrativo. Facilita, también, considerar las diversas lecturas, pasadas y actuales, en un plano comparativo destacando los significados atribuidos en cada relato.

Las narraciones son vehículos de poder que atribuyen y legitiman, a través de predicados sobre el sujeto, condiciones de capacidad, control o gobierno. En cada momento histórico coexisten relatos diversos, en este caso sobre el viejo, aunque con formas de problematización (Foucault, 1991) dominantes que dan lugar a cierto orden narrativo que se refleja en una política de edades (Iacub, 2002).

El predominio de cierta hegemonía en el modo en que se problematiza una temática o un grupo humano implica, por un lado, la capacidad de establecer el fondo de las descripciones que vuelven autoevidente a la realidad social, es decir, la constitución del sentido común (Gramsci, 1972); y, por el otro, el desarrollo de controles sobre el desenvolvimiento de los individuos.

La relación que se establece entre cierta forma de problematización y la constitución del saber genera un nivel de coherencia,

objetividad y autonomía en los conocimientos disciplinarios que, según Stephen Katz (1996), deberían comprenderse como superficies retóricas que oscurecen órdenes políticos y jerárquicos más profundos.

Pierre Bourdieu y Loic Wacquant (1995) definen esta peculiar organización del conocimiento como un “campo”, en cuanto que es un conjunto de relaciones que se establecen en un momento histórico en el que ciertas formas de poder inciden en la construcción del objeto de estudio, y funciona como un marco que regula las producciones de significados y sentidos posibles.

Michel Foucault (1995: 69) definía como “rejillas de especificación” el modo en que un concepto aparece situado dentro de una serie de localizaciones, clasificaciones y jerarquías, en las que se producen los efectos de significación. Es así que cada discurso disciplinar se maneja alrededor de conceptos dominantes que, a su vez, nominan los temas prioritarios. Es importante considerar cómo las palabras geriatría o gerontología, en cuanto marcos del pensamiento disciplinar,¹ autorizaron ángulos y perspectivas para pensar, distribuir y organizar los conceptos, los cuales aseguraban los propios límites del campo.

En este sentido, estudiar la construcción del saber sobre la vejez debe tener un sentido estratégico en el cual quede de relieve la forma en que el conocimiento se constituyó como tal (Iacub, 2003).

Las narraciones que describen al sujeto envejecido inciden en el modo en que el sujeto se comprende a sí mismo. Bourdieu y Wacquant (1995) señalaban la correspondencia entre la estructura social y las identidades, entre las divisiones objetivas del mundo social, sobre todo entre dominantes y dominados en los diferentes campos, y las visiones y divisiones que les aplican los agentes de esa dominación. Pierre Hadot (1992) sostenía que

¹ El progresivo posicionamiento de la gerontología por encima de la geriatría implicó que se conceptualice la vejez incluyendo nuevos enfoques disciplinares, menos reducida a la patología y al saber médico.

el yo es el modo por el cual el sujeto puede entenderse y relacionarse consigo mismo, en el marco de una comunidad de valores que lo vuelven comprensible. En la misma línea argumentativa, Paul Ricoeur (1999a y 1999b) señalaba que el sí mismo no se conoce de un modo inmediato, sino indirectamente, mediante el rodeo de toda clase de signos culturales. Este factor incide en el modo de conformación de la identidad, la cual funcionaría como una interfaz para la enunciación del sujeto definido por predicados sociales y singulares (Martucelli, 2007).

Las diversas narrativas a partir de las cuales se produce la representación y el contexto discursivo imprimen formas de subjetividad o identidades ofrecidas socialmente.

Chris Weedon (1987) sostiene que las experiencias no tienen un significado esencial e innato, sino que lo adquieren a partir del lenguaje, mediante sistemas discursivos que le otorgan sentido, reduciendo los márgenes de contradicción acerca de las versiones de cómo la realidad debe ser descrita. De esta manera son los relatos, entramados en estructuras sociales y condiciones materiales, los que llevan a dotar de valor y jerarquía, o a limitar a los sujetos a disponer de ciertas formas de identidad.

Es allí donde los quiebres en las narraciones tradicionales surgen como un momento particularmente propicio para cuestionar toda estructura del relato. La crítica al prejuicio y los estereotipos predominantes en el discurso gerontológico oculta su dimensión ideológica y la propia construcción de viejo, razón que conduce a repensar los relatos a la luz de sus contextos de producción y de las demandas que suponen a cada sujeto.

Los relatos moderno y posmoderno describen un cambio cultural en los modos de comprensión y de las sensibilidades, generado por transformaciones en los contextos sociales, filosóficos, productivos y económicos.

La transformación en la estructura de poder tradicional y el surgimiento de nuevos discursos sociales fueron generando, particu-

larmente desde mediados del siglo XX, la relativización de una serie de presupuestos y valores que antes jerarquizaban ciertos roles, tanto de género como de edad, y que demarcaban divisiones estrictas y precisas. Dentro de este cambio, encontramos que el orden etario fue perdiendo peso, con lo cual no sólo se deslegitimizaron dichos roles, sino que también se produjeron modificaciones en el plano de las identidades y de las experiencias corporales (Iacub , 2006: 134).

La modernidad había establecido un régimen pautado de normas y expectativas sociales en relación con la edad, donde a cada etapa vital le correspondían hábitos, responsabilidades e imágenes que la identificaban. La posmodernidad desestructura los aspectos esperables ligados a ella y crea nuevos modelos. Las edades de la sociedad posmoderna se diversifican, se multiplican y explotan, haciendo que sus definiciones y características no funcionen más por razones demográficas, económicas y culturales (Gaullier, 1999).

La multiplicidad de identidades culturales se refleja en el plano de las edades, destacándose la variabilidad de racionalidades y la no coerción como eje de la pluralidad.

ANTECEDENTES

El reconocimiento de las diferencias entre ambos relatos acerca de la temática de la vejez y el sujeto envejecido, y la asignación de dichas variaciones a la cuestión de lo moderno y lo posmoderno, han sido objeto de análisis diversos entre los que destacan Cole (1997) y su historia cultural del envejecimiento en Estados Unidos, en la que se presentan las imágenes modernas del envejecimiento, relativas a concepciones individualistas, seculares y científicas y sus variaciones hacia una mirada posmoderna; Bourdelais (1993) describe el cambio de

sensibilidad hacia la vejez que se produjo entre los siglos XVIII y XIX con la progresiva conformación del viejo como un enfermo y con la aparición del término senil; Katz (1996) analiza de qué modo se construye el cuerpo del viejo como un cuerpo enfermo y diferente al del resto de las edades en la modernidad, y también estudia el modo en que la actividad aparece como un mecanismo de disciplinamiento posmoderno (2000); Featherstone y Hepworth (1991) desarrollan la noción de envejecimiento posmoderno, en la que las fronteras entre las edades aparecen de una manera borrosa; Meyrowitz (1984) sitúa el concepto de una sociedad *uniage* destacando la conformación de una edad que organiza el conjunto de los hábitos y actitudes referidos al conjunto de las edades; Neugarten (1999) describe la creciente irrelevancia de la edad en las últimas décadas, y Iacub (2006) presenta la transformación del relato sobre la erótica de la vejez en diversos momentos históricos de la cultura occidental, entre ellos, los relatos moderno y posmoderno.

HIPÓTESIS

Los relatos modernos y posmodernos sobre la vejez sostienen perspectivas ideológicas no explícitas que ordenan ciertos ejes de sentidos sobre la identidad social en el envejecimiento.

METODOLOGÍA

Esta investigación se basa en los estudios culturales y toma como objeto de análisis los relatos modernos y posmodernos de las disciplinas médica, psicológica y de ciertas perspectivas morales y filosóficas referidas al envejecimiento, a través de fuentes directas e indirectas. Se compararán algunos ejes temáticos acerca de los relatos sobre el envejecimiento y la vejez, elaborados entre ambos relatos, con el fin de apreciar el cambio ideológico que subyace a dicha construcción.

RESULTADOS

El cuerpo en cuestión

Diversos estudios presentan un cambio de sensibilidad hacia mediados del siglo XIX, y que se proyectó hasta un siglo después, en la representación del envejecimiento y la vejez. Uno de los ejes de este cambio es la profunda medicalización de la temática. Si la era premoderna había construido el cuerpo como una entidad indeterminada atravesada por significados universales de la vejez, como los humores, las épocas del año, etc., en la era moderna la ciencia médica redujo al viejo a una relación espacial entre la superficie del cuerpo y su interior (Katz, 1996). Cole (1997) insistirá en que los viejos códigos religiosos o morales van a ir perdiendo lugar frente al saber médico.

El envejecer como una enfermedad progresiva: el sujeto pasó a ser interpelado por el saber médico, el cual estaba delimitado por nuevas formas de racionalidad y sujeción, relativas a un criterio rígido y con centro en la adultez joven, asociado a lo normal y lo patológico. El envejecer fue definido como una enfermedad progresiva que causaba una multitud de cambios fisiológicos y anatómicos (Haber, 1986). El surgimiento de la geriatría en 1909, de la mano de Ignaz L. Nascher, refleja la afirmación de un nuevo modo de constituir la idea de la patología en la vejez.

El cuerpo del viejo como diferenciado y anormal: representaba un punto diferencial en la anatomía patológica, identificable con síntomas de enfermedad que requieren una terapéutica especializada profesional y su característica central fue la degeneración progresiva (Katz, 1996).

El vocabulario de la vejez: Bourdelais (1993) destaca la abundante identificación de enfermedades con la vejez a través del neologismo senil, tal como el arco senil, demencia senil, psicosis senil, gangrena senil, síncope senil. Este procedimiento parece corresponder a una calificación rápida y fácil de la enfermedad,

pero que a su vez refuerza la ligadura entre la vejez y el deterioro físico profundo e irreversible, asociando de manera necesaria los dos fenómenos. Incluso se describe un incremento en la frecuencia con que aparecen ciertos términos en el vocabulario médico: debilitamiento, alteración, atrofia, degeneración, lesión, esclerosis, ulceración. Los médicos también reportan elementos que hacen bascular la vejez en el dominio de la monstruosidad.

La regulación moral del cuerpo: el ideal de máxima regulación y eficiencia del cuerpo extrema la polaridad de lo normal y lo patológico, y asocia la cultura victoriana con otros significados morales, como cuidado, control o dignidad (Cole, 1997).

Desde mediados del siglo XX hallamos una serie de cambios y críticas al modelo médico que, de una manera muy notoria, inciden en los cambios discursivos en relación con la vejez. La gerontología, aun cuando como concepto aparezca antes que la geriatría, toma su verdadero impulso muy posteriormente, cuando el sujeto envejecido puede volver a ser pensado por fuera de su enfermedad. Uno de los ejes son los grupos de jubilados que se caracterizarán más por su tiempo libre que por su patología, lo que lleva a que existan nuevas demandas en relación con la vejez.

Estas nuevas demandas sociales cuestionaron, al tiempo que promovieron, nuevos criterios acerca de lo que significa la salud, muchas veces volviendo más flexibles sus límites o promoviendo nuevas escalas para este grupo etario.

La noción de lo saludable: expresa un concepto menos rígido, y la noción de salud funcional representa otro eje para describir a un sujeto definido por sus funciones más que por niveles ideales de salud. El “achaque” aparece como el giro discursivo que aminora el margen de patología en relación con un cambio propio de la vejez.

El cuerpo personalizado: la dimensión placentera (Jodelet, 1984) y subjetiva del cuerpo, asociada con un fuerte paradigma hedonista propio del discurso posmoderno, sitúa los goces más inmediatos como un modelo de realización del sí mismo.

La notoria inclusión de los adultos mayores en prácticas corporales orientales durante las últimas décadas, como el yoga o el tai chi, da cuenta de la tendencia a incluir nuevos lenguajes sobre la corporalidad, menos normados por los esperables sociales acerca de las capacidades físicas.

Los cuerpos blandos y los transetarios (Iacub, 2002) permiten mostrar una nueva dimensión de la corporalidad claramente marcada por el deseo personal y por la disponibilidad tecnológica. Ambas nociones aluden a un cambio de concepción, a partir del cual el cuerpo no aparece como un destino, sino como un objeto de transformación. La imagen subjetiva del cuerpo surge como un representante del sí mismo, y conduce a que a través de las cirugías estéticas, del gimnasio y la vestimenta, entre otros recursos, el adulto mayor construya una imagen deseada de sí, que antes parecía sólo un recurso de los más jóvenes; asimismo, se libra una lucha contra el cuerpo estigmatizado de la vejez.

El sujeto psicológico

Las representaciones psicológicas del viejo y la vejez han sufrido un cambio elocuente entre la modernidad y la posmodernidad. Sus transformaciones expresan los cambios en las bases teóricas de las psicologías, en las lecturas filosóficas acerca del sujeto y del curso vital, y en los valores de productividad social, entre otros aspectos.

En la modernidad podemos hallar algunos criterios que centralizan la noción de la vejez y que se imponen de un modo normativo. Nascher (1909) no dudó en señalar que la depresión, la falta de interés y una excesiva preocupación por sí mismos resultan criterios paradigmáticos de la “normal mentalidad senil”. Asimismo, el psicoanálisis establece algunos criterios que, sin resultar exclusivos de la vejez, se convierten en ejes para su conceptualización: la regresión temporal, el agotamiento libidinal, el incremento del narcisismo y la pulsión de muerte.

Destacaremos algunos ejes en la construcción del sujeto envejecido:

El agotamiento biopsicológico: este criterio tiene como base la dependencia de la constitución del sujeto psicológico con respecto a la biología. Se piensa que la base energética (generalmente asociada a la sexualidad) que propulsa al sujeto a tener intereses o deseos está limitada biológicamente.

Ferenczi (1966) describe al viejo como un sujeto agotado libidinalmente y poco propenso a salir de sí mismo, justificando con la sentencia latina *omne animal post coitum triste est* el narcisismo, la regresión, la depresión e incluso ciertas formas de las demencias.

El desinterés por el otro: es, por un lado, un criterio que se desprende del eje anterior, aunque también aparece en relación con ciertos criterios funcionalistas a nivel social que comprendían que el valor del sujeto era relativo a la necesidad social del mismo. Una perspectiva colectivista llevaba a ver al viejo como alguien poco útil y de hecho llegó a pensarse que había dos muertes, la primera asociada a la menopausia, donde el sujeto moría para la sociedad, mientras que la segunda era la muerte individual (Iacub, 2006). En este sentido, la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961) retoma esta perspectiva, ya que postula que la desvinculación o desenganche de los otros era normal y esperable.

El curso vital invertido: existen varios supuestos propios de la época según los cuales el envejecimiento producía una inversión del desarrollo alcanzado, ya sea en la noción del curso vital comprendido como un arco iris, o en teorías más complejas que observan que el sujeto realiza una regresión a nivel psicosexual, como en el psicoanálisis. La regresión temporal en el envejecimiento supone la conducción regresiva de la libido hacia objetos o vías laterales de satisfacción (Laplanche y Pontalis, 1981). Dicha regresión implica la inversión de un determinado orden de las fases del desarrollo psicosexual por una influencia accidental de

la vida posterior, que perturba el despliegue de la sexualidad normal y tiene como respuesta la sexualidad indiferenciada o polimorfa del niño (Strachey, 1992). Este caso es presentado por Freud (1981)² en relación con la mujer menopáusica cuyo carácter se modificaría por el retorno a etapas anales del desarrollo, y por Ferenczi (1966: 364) en relación con la regresión masiva en la vejez, sosteniendo: “Los ancianos se hacen nuevamente narcisistas, como los niños; gran parte de su interés por la familia y por las cosas del orden social se desvanece y pierden en gran medida su anterior capacidad de sublimación, especialmente lo atinente a la vergüenza y el asco”.

La creencia en la mayor cantidad de pulsión de muerte en los viejos, asociada a un deficitario equilibrio ante las pulsiones de vida, daría cuenta de un sujeto con menos deseo, malhumorado, sereno y replegado sobre sí mismo.³

La transformación del sí mismo: la representación que construye la modernidad es la de un envejecimiento que transforma al sujeto en otro básicamente diferente del que había sido, en la que

² En un artículo de 1913 denominado “La disposición a la neurosis obsesiva”: “Es sabido, y ha dado mucho que lamentar a los hombres, que el carácter de las mujeres suele cambiar singularmente al sobrevenir la menopausia y poner término a su función genital. Se hacen regañonas, impertinentes y obstinadas, mezquinas y avaras, mostrando por tanto, típicos rasgos sádicos y erótico-anales, ajenos antes a su carácter. Los comediógrafos y los autores satíricos de todas las épocas han hecho blanco de sus invectivas a estas ‘viejas gruñonas’, último avatar de la muchacha adorable, la mujer amante y la madre llena de ternura. Por nuestra parte comprendemos que esta transformación corresponde a la regresión de la vida sexual a la fase pregenital sádico-anal, en la cual hemos hallado la disposición a la neurosis obsesiva. Esta fase sería, pues, no sólo precursora de lo genital, sino también, en muchos casos, sucesora y sustitución suya, una vez que los genitales han cumplido su función” (Freud, 1981: 1742).

³ En la última conceptualización que realiza Freud acerca de las pulsiones, designa una categoría de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, y a volver el ser vivo al estado inorgánico.

la contención y el control podrán equilibrar una tendencia a la desintegración del sí mismo.

Desde mediados del siglo XX comienzan a aparecer nuevas lecturas que sitúan nuevos paradigmas en relación con la psicología del sujeto envejecido.

El problema es el otro: diversas lecturas ponen el fundamento del aislamiento y de los cambios psicológicos en la falta de demanda social sobre el sujeto o en su rechazo. El fuerte desarrollo que obtiene la noción de edaísmo o viejismo (*ageism*, en Butler, 1969) evidencian de qué modo se modifican los criterios modernistas, poniendo la dificultad en el modo en que la sociedad discrimina y aminora, más que en las particularidades del viejo.

La continuidad del sujeto envejecido: las diferencias acentuadas en las edades del hombre, propias de la modernidad, fueron relativizándose y encontrando vías de conexión más que de separación en el curso vital. Los teóricos de la continuidad (Rosow, 1963; Neugarten, 1964; Atchley, 1977) desarrollaron tempranamente la idea de un proceso de envejecimiento que no produce tantas diferencias en el sí mismo y que por lo contrario habría una tendencia a mantener la continuidad. La pérdida de roles o actividades se maneja mediante la consolidación y redistribución hacia otros nuevos, donde no todos necesitan ser reemplazados, ya que la experiencia de vida creará ciertas predisposiciones relativas a estilos de vida y preferencias personales que el individuo mantendrá, si el contexto lo permite.

El potencial del viejo: en diversas teorías y perspectivas aparece la representación de la posibilidad como un eje central de la salud psicológica. La actividad y la inserción surgen como modelos de demanda social permanente, muchas veces sin un sentido preciso (Katz, 1996; Ekerdt, 1985), y su falta aparece como el factor central de repliegue subjetivo, desinterés, etc. La teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992) permite reconceptualizar la teoría de la desvinculación o desenganche (Cumming y Henry, 1961), a partir de interpretar la disminución de las redes como una

mejor elección de aquellos que el sujeto escoge, en vista no de una idea de la vejez en sí, sino como efecto de la carencia de tiempo, que es la que determina el tipo de elecciones.

Las extensas investigaciones sobre la sabiduría (Baltes *et al.*, 1984) nos muestran una búsqueda de aspectos positivos, de fuerte adaptación y especialmente de un desarrollo humano continuado. Finalmente, el envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn, 1997), más allá de las condiciones específicas que presenta para poder incluir a un sujeto, abre un espacio lingüístico poco pensable en el relato anterior.

Los estilos de vida

Los estilos de vida se modifican en relación con el paradigma de sujeto que se construye, es así que hallamos ciertos rasgos salientes en uno y otro relato.

El retiro como objetivo vital: la desconexión progresiva anunciada para los mayores tomará un especial sentido en una nueva lógica, que asocia la vejez con el cuidado físico y por ello se conforma un retiro medicalizado. En consonancia con este paradigma aparecen los lugares de retiro, que retoman la misma lógica: asilar, aunque en este caso justificándolo desde la salud. La jubilación participa de esta lógica, pues la noción de descanso le dio un sentido a esta propuesta.

Las reglas de vida: Bourdelais (1993) señala que en el interior de esta lectura medicalizada del envejecimiento, la temperancia y la continencia aparecen como las virtudes por excelencia de esta etapa vital. El evitar excesos, riesgos y pasiones aparece como la clave para conseguir el fin de vivir extensamente. El ideal de la prolongevidad (Moody, 1995) toma una fuerte presencia en el discurso médico y social de fines del siglo XIX (Cole, 1997).

El espacio de la familia: los modos de vida esperados para los viejos se ubicaban en el interior de la familia cumpliendo la función de abuelos. Cole (1997) relata la importancia que se

asigna a este rol en una sociedad que toma al viejo como referente de la tradición.

A diferencia de esta tendencia, aparecen nuevas propuestas que modifican los anteriores postulados.

Un modo de vida en espacios diferenciados: el estilo de vida propuesto a los viejos no se diferencia demasiado del que se ofrece a otros grupos etarios, por lo que se presenta una borrosa delimitación de los períodos de la vida (Katz, 1996). Todo aquello que presuponga estilos de vida muy específicos para una edad puede ser visto como discriminatorio. Sin embargo, esta lectura coexiste con una inédita separación en grupos de pares donde es posible una vida *uniage* (Meyrowitz, 1984). De esta manera, aun cuando resulta observable la destitución progresiva de los marcadores sociales por edad, un rasgo más que influye en la pluralización de los mundos de la vida (Berger *et al.*, 1974) y de una organización social diversificada, se conforma una subcultura (Rose, 1965) o minoría referida a los viejos.

La actividad como objetivo vital: La demanda de actividad implica ideales comunes de vida tales como deseo, adaptabilidad, consumo y autonomía, que se han vuelto algunos de los objetivos vitales más claramente demandados a los viejos.

Katz (2000) sostiene que, para la gerontología, la actividad en la vejez aparece en la actualidad como un bien universal que genera múltiples beneficios: como un instrumento empírico profesional, como un referente crítico acerca del sí mismo, como un nuevo ideal cultural y como una forma de racionalidad política. Ekerdt (1986) vio en la jubilación la construcción de una activa “ética de la ocupación”, como una forma de regulación moral semejante a la ética del trabajo, a la que Moody (1988a y 1988b) denunció como un “frenesí de la actividad” que puede enmascarar el vacío de sentido.

Sin embargo, también podemos señalar que esta política de la vejez se funda en la creencia acerca del crecimiento continuo del ser humano que incluye la educación, la recreación, las salidas o los encuentros.

La nueva sociabilidad de los mayores: la sociabilidad posmoderna no aparece centrada en la familia, sino en la extensión de redes sociales de apoyo relativas a espacios más amplios y muy centrada en los amigos y grupos de pares. Gurrutxaga Abad (1993) menciona los micromundos comunitarios, con estilos y sectores de vida específicos (Giddens, 1997) que pueden ser pensables para la vejez bajo el sello de la jubilación o el tiempo libre y con formas de ocio activo.

CONCLUSIONES

Se hallaron ciertas tendencias generales que enmarcan las narrativas moderna y posmoderna sobre la vejez.

La continuidad o la discontinuidad de la identidad: en la modernidad se describe un proceso de diferenciación del sí mismo (anterior y el presente) y un progresivo alejamiento del marco social. En cambio, en la posmodernidad se presentan continuidades, se acotan las diferencias y se propende al acercamiento a los otros.

La localización del viejo supone en la modernidad espacios que se achican, se centran en la propia corporalidad, la casa, lo familiar, lo tradicional y en el ámbito de la memoria, entendida como lo ya conocido y aprendido; mientras que en la posmodernidad los espacios se vuelven más externos y abiertos, con una búsqueda de salidas, con grupos sociales, de conocimientos que se renuevan y con una dinámica de cambio permanente.

La potencialidad del viejo aparece altamente diferenciada, mientras que en la modernidad se piensa el fin del sujeto y con una suma de controles sobre sí tendientes a dominar su menoscabado equilibrio, en la posmodernidad aparece un potencial que apela a niveles máximos de desarrollo, como la sabiduría, y de funcionamiento y actividad.

DISCUSIÓN

Ambos relatos contienen significados ideales de la vejez que se aplican al sujeto en cuestión. Los márgenes de expectativa de dichos relatos construyen identidades socialmente disponibles de la vejez en cada sociedad, al tiempo que se generan prácticas sociales efectivas que reafirman ciertos relatos.

Aun cuando los enfoques mencionados representan una parte de las lecturas disponibles, son relatos que permiten explicar retrospectivamente el modo en que se conformó cierta tendencia ideológica del pensamiento sobre la vejez; asimismo, presentan tendencias dominantes, y no exclusivas, en el pensamiento gerontológico actual.

El pensamiento crítico en gerontología debería permitirnos comprender los fundamentos ideológicos de los relatos con el fin de analizar la construcción de lo homogéneo, de lo obvio o del sentido común.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBAUM, W. (1995). *Crossing Frontiers*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- ATCHLEY, R. (1977). *The Social Forces in Later Life. An Introduction to Social Gerontology*. Belmont: Wadsworth.
- BALTES, P., F. DITTMANN-KOHLI, y R.A. DIXON (1984). "New Perspectives on the Development of Intelligence in Adulthood: Toward a Dual-Process Conception and a Model of Selective Optimization with Compensation". En *Life-Span Development and Behavior*, vol. 6, compilado por Paul Baltes y O.G. Brim Jr. (editores), 33-76. Nueva York: Academic Press.
- BERGER, P., et al. (1974). *The Homeless Mind*. Harmondsworth: Penguin.

- BOURDELAIS, P. (1993). *L'Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. París: Odile Jacob.
- BOURDIEU, P., y L.J.D. WACQUANT (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*, traducido por Hélène Levesque Dion. México: Grijalbo.
- BUTLER, R.N. (1969). "Age-ism: Another Form of Bigotry". *The Gerontologist* 9: 243-246.
- CARSTENSEN, L. (1992). "Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory". *Psychology and Aging* 7 (3): 331-338.
- COLE, T. (1997). *The Journey of Life*. Cambridge, MA: University Press.
- CUMMING, E. y H.E. WILLIAM (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- EKERDT, D. (1986). "The Busy Ethic: Moral Continuity between Work and Retirement". *Gerontologist* 26: 239-244.
- EKERDT, D., R. BOSSE y S. LEVKOFF (1985). "An Empirical Test for Phases of Retirement: Findings from the Negative Aging Study". *Gerontology* 40: 95-101.
- ESTES, C. (1979). *The Aging Enterprise: A Critical Examination of Social Policies and Services for the Aged*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FEATHERSTONE, M., y M. HEPWORTH (1991). "The Mask of Aging and the Postmodern Life Course". En *The Body: Social Process and Cultural Theory*, compilado por M. Featherstone, M. Hepworth y B.S. Turner (editores). Thousands Oaks, CA: Sage.
- FERENCZI, S. (1966). "Aporte a la comprensión de las psiconeurosis de la edad involutiva". En *Problemas y métodos del psicoanálisis*, 187-193. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, M. (1991). *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*, traducido por Tomás Segovia. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1995). *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- FREUD, S. (1981). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- GAULLIER, X. (1999). *Les Temps de la vie. Emploi et Retraite*. París: Esprit.
- GIDDENS, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, traducido por José Luis Gil Aristu. Barcelona: Península.
- GRAMSCI, A. (1972). *Selections from the Prison. Notebooks of Antonio Gramsci*, compilado por Quintin Hoare y Geoffrey Nowel-Smith (editores), Nueva York: International Publishers.
- GUILLEMARD, A.M. (1991). *Envejecimiento, edad y empleo en Europa*. Madrid: Instituto de Estudios de Prospectiva.
- GURRUTXAGA ABAD, A. (1993). “El sentido moderno de la comunidad”. *Revista Reis* 64: 201-219.
- HABER, C. (1986). “Geriatrics: A Specialty in Search of Specialists”. En *Old Age in Bureaucratic Society: The Elderly, the Experts, and the State in American History*, compilado por David Van Tassel y Peter N. Stearns (editores), 66-84. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- HADOT, P. (1992). “Reflections on the Notion of ‘the Cultivation of the Self’”. En *Michel Foucault Philosopher*, compilado por Timothy J. Armstrong, 225-232. Hemel Hempsted: Harvester Wheatsheaf.
- IACUB, R. (2001). *Proyectar la vida: el desafío de los mayores*. Buenos Aires: Manantial.
- IACUB, R. (2002). “La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología”. *Revista Latinoamericana de Psicología* 34 (1-2): 155-157. Bogotá, Colombia.
- IACUB, R. (2003). “La post-gerontología. La política de las edades”. *Revista de Trabajo Social. Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social* 12: 31-40. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile.
- IACUB, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.
- IACUB, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.

- JODELET, D. (1984). "La representación social. Fenómeno, concepto y teoría". En *Psicología social*, compilado por Serge Moscovici, 469-494. Buenos Aires: Paidós.
- KATZ, S. (1996). *Disciplining Old Age. The Formation of Gerontological Knowledge*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- KATZ, S. (2000). "Busy Bodies: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life". *Journal of Aging Studies* 14 (2): 135-152.
- LAPLANCHE, J., y J.B. PONTALIS (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- MARTUCELLI, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- MEYROWITZ, J. (1984). *No Sense of Place: The Impact of Electronic Media on Social Behaviour*. Nueva York: Oxford University Press.
- MOODY, H.R. (1988a). "Twenty-five Years of the Life Review: Where Did We Come From? Where Are We Going?" *Journal of Gerontological Social Work* 12: 7-21.
- MOODY, H.R. (1988b). "Toward a Critical Gerontology: The Contributions of the Humanities to Theories of Aging". En *Emergent Theories of Aging*, compilado por J. Birren y V. Bengtson (editores), 19-40. Nueva York: Springer.
- MOODY, H.R. (1995). "The Meaning of Old Age: Scenarios for the Future". En *A World Growing Old. The Coming Health Care Challenges*, compilado por D. Callahan, Ruud Ter Meulen y E. Topinková (editores), 9-19. Washington, DC: Georgetown University Press.
- NASCHER, I.L. (1909). "Geriatrics". *New York Medical Journal* 90: 358-359.
- NEUGARTEN, B. (1964). *Personality in Middle and Late Life*. Nueva York: Atherton Press.
- NEUGARTEN, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- RICOEUR, P. (1999a). "Para una teoría del discurso narrativo". En *Historia y narratividad*, traducido por G. Aranzueque Sahuquillo, 83-156. Barcelona: Paidós.

- RICOEUR, P. (1999b). “La identidad narrativa”. En *Historia y narrativa*, traducido por G. Aranzueque Sahuquillo, 215-230. Barcelona: Paidós.
- ROSE, A.M. (1965). “The Subculture of the Aging: A Framework in Social Gerontology”. En *Older People and Their Social World*, compilado por A.M. Rose y W.A. Peterson (editores), 3-16. Philadelphia: F.A. Davis.
- ROSOW, I. (1963). *Social Integration of the Aged*. Nueva York: Free Press.
- ROWE, J., y R. KAHN (1997). “Successful Ageing”. *The Gerontologist* 37 (4): 433-440.
- STRACHEY, J. (1992). “Apéndice A. Uso del concepto de regresión en Freud”. En *Obras completas* de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu.
- WEEDON, C. (1987). *Feminist Practice and Poststructuralist Theory*. Cambridge, MA: Blackwell.

PROMESA EXTINGUIDA O PROMESA EN ESTADO
DE FLUIDO. CONTINUIDADES Y DISCONTINUIDADES
DE LOS ADULTOS MAYORES HOY

Alejandro Klein Caballero

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unas décadas, la construcción de subjetividad tenía un claro límite: la vejez. Una vez que se había llegado a cierto punto, la jubilación indicaba el fin de cualquier promesa y el comienzo del *fin*, es decir, la vejez no anticipaba sino el signo impostergradable de la muerte como fin de cualquier anticipación, descartando, claro está, posibles opciones religiosas.

Sin embargo, las cosas han cambiado. Desde hace unas décadas la vejez no anticipa la muerte, sino la renovación de la promesa, la promesa de nuevas oportunidades, nuevas perspectivas, nuevos desafíos. No toda la población vieja participa de este nuevo clima cultural. Investigaciones más detalladas deberían determinar dónde se encuentran los límites sociales, culturales y económicos entre aquellos viejos “tradicionales” y éstos, de tipo más “rupturista”.

Tenemos otra situación en la que tampoco podré profundizar y que se refiere al orden denominativo, lo que en otro trabajo designo paradigmas “ambiguos” (Klein, 2010a), es decir: cómo denominar aquello que ya no se puede nombrar como se denominaba, lo que implica que cualquier denominación no puede ser sino acotada, injusta o generadora de malestar. En el caso peculiar que nos ocupa, cualquiera que sea la denominación que use-

mos, ésta será incómoda. ¿Se trata de “viejos”? Sí y no. ¿Se trata de “adultos mayores”? Sí y no. ¿Se trata de la “tercera edad”? Sí y no. Estos malentendidos conceptuales, que son también ambigüedades conceptuales, no indican sino que estamos ante nuevas modalidades culturales (que otros denominarán posmodernas) y de construcción de subjetividad, algo que retomaré al final de este trabajo. Llamaré a esta nueva estructura psicosocial hipotética “viejos-no viejos”.

ANTECEDENTES

Las estéticas no decrepitas

Estimo que si tomamos el grupo “rupturista” de los viejos, su escándalo actual radica en que ya no aceptan ser viejos. No aceptan el mandato generacional de la *decrepitud*, por así decirlo. En ese punto hacen una verdadera confrontación transgeneracional de resultados imprevisibles. Se ha hablado de una revolución feminista, y creo que bien se podría hablar, en tal sentido, de una revolución gerontológica... Aquélla, protagonista de comienzos del siglo XX; esta otra, protagonista del siglo XXI. Las dos, por supuesto, con antecedentes y prolegómenos que es necesario desmenuzar y en los que se debe profundizar.

La novedad o el “escándalo” no lo sitúo, entonces, ni en las gimnasias ni en las dietas ni en la práctica sexual renovada (hasta hace poco un tema tabú), ni en las nuevas búsquedas emocionales, ni en la concreción de proyectos educativos alternativos (dentro o fuera de las llamadas universidades de la “tercera edad”), aunque coincidido en que todos estos factores coadyuvan a ello; más bien lo sitúo en la abolición de otro tabú aún más significativo: la muerte.

Los viejos ven delante suyo una segunda o tercera o cuarta oportunidad en términos de proyectos y oportunidades, es decir, ven delante suyo “vida” y no “muerte”. Se ha hablado en tal

sentido del “destierro” de la muerte, o de un fortalecimiento de la omnipotencia narcisista, o de una sociedad sin capacidad de afrontar duelos. Personalmente sería cuidadoso con términos tan “peyorativos” que, más que explicar, no hacen sino recubrir lo que ya no se comprende. Por mi parte hablaría de un *fortalecimiento de las estéticas corporales no decrepitas* (lo explícito de esta manera porque no creo que sean estéticas “adolescentes” y mucho menos “adolescentizantes” (Klein, 2002) dentro de una renovación portentosa del “cuidado de sí” foucaultiano.

Las confrontaciones multiplicadas

Los abuelos de hoy (no todos, pero sí muchos) no quieren ser abuelos o viejos de acuerdo a los modelos heredados (Klein, 2009). Según mi investigación no transmiten esos modelos porque no los quieren reproducir en ellos mismos. Hay un efecto de detención de la transmisión intergeneracional, probablemente inédita en las historias de las mentalidades y las culturas. Por eso creo que una función de subjetivación que adscribí como inherente a la adolescencia, la confrontación transgeneracional (Klein, 2003 y 2004), es ahora parte de la subjetividad de estos abuelos postadultos.

Al mismo tiempo, estos adolescentes-nietos parecen llevar adelante con sus abuelos algo reservado al vínculo con sus padres (Klein, 2010b): lo que D. Winnicott (1972) ha llamado “confrontación generacional”. Se trata de una situación de enfrentamiento fuerte, asimétrico y respetuoso, sin llegar a la violencia, a efectos de permitir el crecimiento y experimentar autonomía. La confrontación es discutir diferencias con fuerza pero sin violencia, dentro de una zona de reglas en común, donde se mantiene como implícito el respeto al espacio de cada uno.

En la perspectiva de Winnicott, que comparto plenamente, sólo padres vivos y seguros de sí mismos pueden soportar y sos-

tener este vínculo con sus hijos. Pero como ya indiqué en otros trabajos (Klein, 2006, 2007, 2010c) (Sader y Gentili, 1999), distintas circunstancias sociales, culturales y económicas imposibilitan, transitoria o definitivamente, que los padres se sientan seguros de sí mismos, representantes de la cultura o miembros plenos de la sociedad. Llamo a esta situación familiar *estructura de padres agobiados*. En este punto de amargura, debilidad o desamparo, ya no pueden sostener la confrontación con sus hijos, la cual no pocas veces se lleva adelante con los abuelos.

Este abuelo ya no necesariamente “transmite” algo, pues también busca con su nieto nuevas formas y cualidades de vida. Como Vidal y Menzinger indican: “caminar juntos y compartir fines de semana o fiestas es la actividad más frecuente” (Vidal y Menzinger, 2005: 28). Hay un efecto de “simetrización” y de un punto de partida similar o igual frente a la exploración de la vida (Hoff, 2007). Los nietos exploran cómo volverse adultos, los abuelos exploran cómo dejar de ser, dejar atrás, ese modelo de viejos que les viene transmitido generacionalmente. Unos y otros buscan algo dentro de una alianza de crecimiento y cambio conjunto. En este sentido, *no hay familias multigeneracionales, sino intersección de relacionamientos generacionales* (Bengtson, 2001; Harper, 2003).

Desde esta perspectiva podría pensarse que este tipo de vínculo abuelos-nietos es, entonces, doblemente confrontacional y hace que ambos estén en una posición subjetiva de búsqueda. Los nietos confrontan a sus abuelos (lo que he denominado *confrontación avuncular*) y los abuelos a sus propios abuelos (lo que he denominado *confrontación transgeneracional*) (Klein, 2009).

En este vínculo de doble confrontación surge otro factor que refiere al par nomadismo-sedentarismo. La forma de construcción de subjetividad de los adultos mayores aparece necesariamente sedentaria. Así parecen indicarlo sus identificaciones primarias y su historia familiar, que se establece como paradigma psicosocial alrededor de la idea de “hogar”, espacio de protección,

herencia y continuidad. Es, si se quiere, la idea clásica de la vejez, en cuanto que son los sujetos capaces de cuidar donde otros ya no pueden cuidar, o en cuanto que se los transforma en los depositarios y sostenedores de la memoria generacional y social.

El imaginario social (y no pocas teorías sociales, habría que agregar) obliga a estos viejos-no viejos a un sedentarismo correlacionado a la experiencia emocional de “hogar”. Sin embargo, me pregunto si no comienzan a surgir estructuras nómadas, en relación con nuevas formas de construcción de subjetividad, donde el principio sedentario por excelencia en términos vitales, la muerte, se reconceptualiza radicalmente y con él el del “hogar”.

La idea de movilidad que se asocia a las subjetividades de supervivencia propias del neoliberalismo (Klein, 2006) creo que alcanza de alguna manera también a las poblaciones viejas, en tanto, la jubilación (al menos en América Latina) ya no implica la recompensa social por años de “aporte” social, sino una estafa con violento rompimiento del contrato social.

De ahí surge otro factor por el cual se vuelve imposible que estos “viejos-no viejos” esperen sentados sabía y pacientemente la muerte. A partir de una jubilación estafadora hay que sobrevivir y es desde esta supervivencia que las estructuras sedentarias (propias de la modernidad keynesiana) se transforman en nómadas o de alta movilidad. Se indicará que este factor no puede ser el mismo de la confrontación indicado en párrafos anteriores, en cuanto que éste se arma desde elementos de decisión y elección, mientras que aquí estamos hablando de presión y coacción. Lo que es cierto. Pero agregaría que no creo que siempre sea claro qué es impuesto o qué es elección en los procesos de construcción de subjetividad. La ambigüedad que se desprende de la misma es correlativa al vaivén entre lo instituyente y lo instituido a nivel de los procesos sociales (Klein, 2006)

De la palabra sagrada a la cuestión de lo transmisible

En estas nuevas realidades sociales y subjetivas la palabra del viejo ya no puede ser la palabra de lo sagrado. Y no necesariamente porque los jóvenes sean un grupo de irreverentes que no escuchan a sus mayores (como rápidamente se afirma) ni porque Internet y los medios masivos reemplacen la autoridad adulta (lo que habría que revisar igualmente), sino porque el lugar de lo sagrado y lo transmisible sufre en nuestra sociedad una reformulación que no puede sino ocasionar un redimensionamiento social y cultural de estos viejos-no viejos.

Si suponemos que a cada generación le toca recuperar y reelaborar el pasado con distintos instrumentos culturales, que pone en juego en su esfuerzo por comprenderse a sí misma, a la generación que le precedió y a la generación que le sigue... el paso generacional responde, en buena medida, a los modos en los que cada generación ubica su memoria (Avenidaño Amador, 2010: 6), podemos pensar que la nuestra se caracteriza antes que nada por profundas discontinuidades sociales, culturales y económicas.

Si el Estado, la familia y la ciudadanía son figuras de mediación por excelencia es porque la modernidad las establece o las establecía como formas privilegiadas del vínculo sujeto-sociedad, con sujetos antecesores y descendientes, haciendo posible que lo heredado de los antecesores se pudiera así poseer y transmitir. De forma contraria se anularía el sentido de porvenir y futuro. Estas operatorias de recibir, transformar y anticipar (Kaës, 1994) implican la consolidación de un vínculo estable entre el sujeto y lo social, estando ambos en un proceso de permanente reciprocidad y doble apuntalamiento. Por eso Kaës indica sobre las figuras de mediación: “Estas formaciones y estos procesos psíquicos en el interior del conjunto se rigen por una lógica del conjunto y al mismo tiempo por la lógica de los procesos individuales” (Kaës, 1994: 131).

Dicho de otra manera, se trata de un doble proceso: el conjunto organiza las figuras de mediación tanto como éstas organizan a aquél, consolidando un modelo homeostático de funcionamiento social, vincular y psíquico. Pero también puntos de anudamiento (Kaës, 1993) que aseguran mediaciones, conflictos y solidez. Situación inseparable de la reciprocidad heterogénea entre sujeto y sociedad: “la inserción social [...] transforma al sujeto en transmisor y actor de una organización social en la cual es sujeto activo y objeto pasivo” (Puget y Kaës, 1991: 26-27). Por lo tanto, el sujeto es para sí mismo su propio fin, sujeto de los procesos inconscientes, y sujeto también de una cadena de la que él es miembro: “parte constituyente y parte constituida, heredero y transmisor, eslabón en un conjunto” (Kaës, 1993: 133).

De esta manera, el nexo entre sociedad y sujeto pasa a significar el qué hacer con lo que no puede dejar de transmitirse: “Si los procesos psíquicos de una generación no se transmitieran a otra [...] cada una estaría obligada a recomenzar su aprendizaje de la vida” (Kaës, 1993: 44):

La cuestión de la modernidad es una cuestión de transmisión: tentativas de poner en juego, tratar y pensar lo que se ha roto o la voluntad de ensanchar todavía la distancia entre lo antiguo y lo nuevo [...] el concepto de modernidad es, en el límite, aquel por el cual cada generación se despega de la precedente y se coloca en posición de instituirse su heredera (Kaës, 1996: 29).

A mi entender, se trata de mantener lo reconocible sosteniendo un sentido frente al cual lo absurdo permanece como un accidente superable. Así: “En todo ser humano que aspire a pensarse como individuo singular hay una insistencia subjetiva que lo empuja a la rememoración y a la investigación del pasado” (Enríquez, 1990: 102).

El pasado debe constituirse de manera tal que no invada ni invalide los esfuerzos por hacer del presente un jalón que va

hacia el futuro. Este imprescindible trabajo de la memoria implica una anamnesis historiográfica (ídem) como soporte de la subjetividad y el control del tiempo (Beck *et al.*, 1997) que hacen del tiempo que transcurre historia personal. De esta manera, transmisión, memoria colectiva, memoria individual y consolidación de la vivencia temporal están íntimamente entrelazadas. Cuando un elemento de esta matriz se debilita o desaparece, surgen patologías en la subjetividad, por lo cual Kaës se inclina a analizar los problemas de la modernidad en torno a las dificultades de transmisión (Kaës, 1996).

Me interesa, entonces, destacar la idea de que la sociedad keynesiana es una sociedad de herederos. Pero para que haya un heredero debe existir “herencia” disponible y capacidad de aceptar la muerte, que marca la diferencia entre las generaciones a través de la posibilidad de un duelo (que en definitiva es un trabajo de la memoria) que resignifica la historia generacional y subjetiva.

Por lo tanto, me parece que si ya no hay palabra sagrada no es porque ya no haya transmisores o herederos, sino porque existe una reformulación de ese relato sagrado o “herencia” que se ha de transmitir, lo que va más allá de decir que necesariamente algo siempre se tiene que transmitir. Idea netamente freudiana (Freud, 1921) que no descarta, sin embargo, que lo transmitido sea “nada”, un “vacío”, una “trampa” o una “estafa”. O una “deuda” desde nuevas condiciones de contrato social, que denomino de “descontractualización generalizada” (Klein, 2006).

Deudas que se transmiten generacionalmente como deudas impagables

Así pues, podemos suponer que estamos ante situaciones sociales y económicas que aniquilan la posibilidad de que los padres y los adultos en general mantengan una versión digna y honrosa de sí mismos. Imposibilitados de cuidar al ser expoliados en cuanto adultos, pierden el orgullo de sostener emocionalmente a su hijo y —cosa no menos importante— pasan a sufrir el “impacto”

de la perplejidad de éste, que no sabe ya “cómo” estar orgulloso de su progenitor.

En esta situación se genera una reestructuración general de la identidad, de la problemática de la herencia y lo heredable, y de los vínculos; por ende se llega a una desestructuración familiar aguda que acusa el “impacto” de la desinserción social. Esto comporta en la familia la desarticulación y la confusión de los roles, el desencanto con el conjunto social, el aislamiento y el sentimiento de amenaza constante (“sensación de catástrofe inminente”) (Klein, 2006) por el miedo crónico, por ejemplo, a perder el empleo (Araujo, 2002). La humillación pasa a ser un hecho innegable tanto como su correlato, la necesidad del sometimiento (Forrester, 2000).

El conjunto familiar alberga entonces emociones desestabilizadoras y desbordantes, como la vergüenza, la depresión, la denigración ante los antecesores y el agobio y la culpa frente a los hijos. Ya no hay nada que transmitir sino una deuda que se vuelve, sin embargo, impagable.

Hay una deuda que se paga para arriba, pero que, fundamentalmente, se paga para abajo. La deuda contraída con los padres, se paga con los hijos. Y esta es una deuda imperiosa, acuciante e imposter-gable. Es una deuda que no puede eludirse. Cuando las circunstancias externas nos impiden saldarla —deshonrados por no poder honrar nuestras obligaciones— [...] se nos impone como humillación insoportable [...]. Eso quiere decir que, por primera vez, una generación entera se ve impedida de pagar la deuda contraída [...] para que podamos asegurarles a nuestros hijos, lo mismo que nuestros padres nos dieron a nosotros (Volnovich, 2002: 1-2).

Situación desgraciada por la cual los hijos son ahora los que no pocas veces pasan a ser cuidadores de sus padres. Cuidado material tanto como psíquico, por el cual (Janin, 1989) los niños quedan como depositarios de las angustias de los padres, instalados en un rol de cuidadores por el cual intentan evitar que sus

progenitores caigan en estados de depresión o de desbordamiento. Descuido de sí mismo que alienta una política de expiación y sacrificio de sí, por la cual el hijo pasa a funcionar en la modalidad de objeto único narcisista (Berenstein y Puget, 1988), descuidando la regulación de su autoestima, la capacidad de tolerar la ansiedad o la vitalidad del deseo (Bauman, 1999).

La construcción de subjetividad se realiza así desde un apego desorganizado (Fonagy, 2000) que no implica necesariamente maltrato físico, pero sí psíquico. El padre-cuidador ya no puede olvidarse de la “realidad social”, que le permitía al niño sostener su crecimiento sin preocuparse por ella. Por el contrario, estos padres “agobiados” ni son protectores ni se les permite seguir encarnando a la sociedad. De allí que el niño, en vez de estar pendiente de su propio crecimiento, está pendiente del “derrumbe” de sus padres.

La construcción de subjetividad se consolida en torno a la expectativa ansiosa, la inseguridad prevalente y la dificultad de consolidar un *self* cohesivo y discriminado. En la medida en que los padres no logran encontrar una versión reconocible de sí mismos a nivel social, el infante tampoco logra encontrar una versión reconocible de sí mismo en ellos. De esta manera se “patologiza” el borde del aparato psíquico encargado de los procesos de discriminación y diferenciación.

Lo transetario

Tengamos en cuenta que desde la modernidad keynesiana el transcurso del pasado, el futuro y el presente consolidan biografía (Aulagnier, 1991), dentro del consenso extendido de que los derechos sociales implican la “impostergabilidad” y el “derecho de participar integralmente en la herencia social” (Vasconcelos, 1988: 27). Así, la transmisión generacional y la biografía personal se conjugan en un tiempo social-personal que consolida la sensación de continuidad y entrelazamiento social: el ciudadano es una persona que

puede tener la expectativa razonable de logros en su tiempo personal, ajustados a un devenir social que le garantiza derechos.

Un punto en común a las instituciones de la modernidad es el movimiento, la celeridad del cambio (Giddens, 1990) o ruptura que, al “cortar” con sistemas tradicionales medievales, establece uno nuevo y hace imposible el retorno al pasado (medieval, infantil en el caso del sujeto). Entonces, lo temporal es intrínseco a la modernidad: el esfuerzo por establecer un pasado, indicando un futuro previsible de cambio. Y al mismo tiempo, se adopta una política de transformación que augura los procesos del psiquismo tal como lo describe el psicoanálisis, con el pasaje de la endogamia a la exogamia como forma valorizada de crecimiento.

En este punto se unen las distintas elecciones negociadas de la vida: vocacional, matrimonial, de divorcio, etc., entendidas como oportunidades de mejora a través de una crisis (Giddens, 1997). Pasan así a tener relevancia los sistemas expertos que funcionan como organizadores del entorno material y social en el que vivimos (Giddens, 1997), expresión del sentimiento de confianza y seguridad que provee la modernidad keynesiana.

Se consolida entonces una experiencia de “Emancipación [que] significa que la vida colectiva se organiza de tal manera que el individuo es capaz [...] de actuar de manera libre e independiente en las circunstancias de su vida social” (Giddens, 1997: 270), entrelazada con una “biografía” (Aulagnier, 1991), en la que el yo se conjuga con el futuro a través de la autoconstrucción continua del yo por el yo: “entrada en escena de un tiempo historizado” (Aulagnier, 1975: 167).

Junto a la idea de lo biográfico se une también la idea —organizadora y clarificante— de lo etario como un orden que impone una sucesión preestablecida. El adulto es precedido por el adolescente, y sucedido por la vejez. Esta construcción biográfica etaria, sin embargo, creo que se encuentra en un franco proceso de cambio, sustituida por otro proceso biográfico de tipo transetario en el que las edades se mezclan o se vuelven indiscernibles o ambiguas o innecesarias.

Ricardo Iacub (2006) utiliza el término transetario dentro de una cultura posmoderna en la que se trata de mantener el cuerpo sin envejecer inserto en una perspectiva tecnológica que anula lo temporal, para dar lugar a lo que yo denominaría lo ucrónico. *La identidad ya no se define por la edad, pero entiendo que no solamente por la primacía de un cuerpo rejuvenecido, sino por otro aspecto: ya no se sabe claramente qué es un adulto, qué es un viejo, qué es un niño, qué es un adolescente.* Probablemente tampoco se tiene totalmente claro qué es un hombre y qué es una mujer, pero no en términos de androginia, sino en términos de ambigüedad, reposicionamiento de los roles sociales y experimentación cultural renovada.

El cuidado de sí foucaultiano en cuestión

Replanteo lo transetario, entonces, como una posible versión de lo que Foucault ha denominado “cuidado de sí”. Foucault indica que desde fines del siglo XVIII surge una cuestión que denomina “técnicas de sí”, las cuales se tornan en uno de los polos de la filosofía moderna:

Esta cuestión se separa nítidamente de cuestiones filosóficas planteadas tradicionalmente: ¿Qué es el mundo? ¿Qué es el hombre? ¿Qué es un hecho de verdad? ¿Qué es un hecho del conocimiento? [...] A mi modo de ver la cuestión surgida al final del siglo XVIII es la siguiente: lo que somos en este tiempo, que es el nuestro (Foucault, 2004: 301).

El cuidado de sí ya no es una forma de identidad por exclusión o por contraste con el otro —como en el proceso de ciudadanía—, sino por la constitución de un espacio interno. Mientras que la racionalidad social o las tecnologías políticas se oponen a la reflexión, las técnicas éticas crean sujetos, y como tales no están en un “afuera” ni se imponen. Vienen desde un “adentro” y se construyen.

Desde esta perspectiva, es el punto en que la libido, o la vida, o la energía, ya no está puesta al servicio de un todo, sino al ser-

vicio de un espacio personal que se va apuntalando a sí mismo. En el cuidado de sí se juega la “determinación de la sustancia ética, o sea la manera por la cual el individuo debe constituir éste o aquel aspecto de él propio como materia principal de su conducta moral” (Foucault, 2004: 212). No es acatar la regla, sino transformarse a partir de la regla. Es un acto instituyente desde lo instituido, donde algo de la “elección” está en juego.

En suma, una acción, para ser dicha “moral” no se debe reducir a un acto o una serie de actos conformes a una regla, a una ley o a un valor [...] también implica una cierta relación consigo mismo; esta no es simplemente “conciencia de sí”, pero constitución de sí, como “sujeto moral” (Foucault, 2004: 213).

Transformarse en un sujeto moral pasa a ser un campo de indagación y de fundación que se inserta en la historia personal del individuo. Relación consigo mismo, donde el sujeto al elegir se construye, hecho que podría caracterizar la técnica de sí, por lo que el sujeto logra ponerse a prueba y transformarse. En tal sentido no hay constitución de sujeto moral sin modo de subjetivación.

CONCLUSIONES

Los “viejos-no viejos” actuales mantienen así su posición de ser transmisores, pero ya sin herencia que transmitir o con una herencia “endeudante” que se hace por ello intransmisible. Son garantes aun, entonces, de un proceso que ya no tiene garantías... Garantizan de alguna manera una continuidad generacional aun desde la discontinuidad. Por eso los llamo *los abuelos como garantes sin garantías*. Desde un proceso de ucronía introducen alguna forma de temporalización, que en consecuencia parece operar desde un lugar de apuntalamiento en relación con nuevas formas de relacionarse con sus nietos y con ellos mismos (Klein, 2010).

Este lugar, que sirve para apuntalar, es fuertemente fraternal, fuertemente cómplice, pero también fuertemente agresivo por momentos. A veces hacen de padre y madre, reactivando estructuras verticales normativas o valorativas. Ciertamente, en la medida en que cambian las estructuras familiares, cambian la transmisión y la circulación de los sentimientos y los roles. Por otro lado, los abuelos tienen la posibilidad de educar a sus nietos de una forma diferente (tal vez corrigiendo los errores que tuvieron con sus hijos). Estamos, entonces, delante de una situación de “segunda oportunidad”, donde los abuelos pueden revivir, reorganizar y garantizar un efecto de diferencia entre la educación y en los afectos puestos en juego en el “antes” y en el “ahora”.

Probablemente los abuelos hacen lo que pueden hacer. Pero, sin duda, un tema también importante, si pensamos en términos de garantes, es qué sucede con el complejo de Edipo. Como ya he indicado (Klein, 2010), este complejo está pensado sustancialmente en torno a la familia nuclear, pero no en función de estos cambios familiares que estamos presenciando. Quizá existe un incremento de los sentimientos parricidas, pero también, probablemente, un incremento del sentimiento de solidaridad intergeneracional (Kohut, 1982) dentro de nuevas versiones del Edipo.

Asimismo, es significativo indicar que ya no hay modelos educativos claros ni consensuados. Se oscila entre prácticas verticales y otras horizontales, entre la permisividad y la rigidez, entre los límites y la tolerancia. En ese sentido reitero que tampoco hay una herencia disponible, y menos transmisible. Desde allí retomo la figura del garante para sustituir la figura de la herencia: *estos viejos-no viejos garantizan que al menos algo se puede hacer*, aunque no siempre quede claro qué y cómo... Y si *no siempre se verifican procesos intergeneracionales*, sí al menos es posible indicar una *distancia generacional* que opera en términos de castración y ordenación simbólica.

Para terminar, haré algunas consideraciones en torno a las ideas de Erikson (2000) sobre los estadios del desarrollo en la

vejez a partir de lo anterior. En el estadio VII o de la vejez, el autor ubica como tarea primordial el lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza. La integridad yoica parece remitir a llegar al final de la vida con un sentido de integración y plenitud, aceptando la vida que se ha vivido y, por ende, la muerte que se tiene por “delante”. Parece ser que la idea de Erikson es que en la medida en que no existe arrepentimiento o un gran arrepentimiento por la vida transcurrida, se acepta mejor la muerte. La persona que afronta la muerte sin miedo es lo que se llamaría sabiduría.

Por mi parte, me da la impresión de que Erikson se nutre de una imagen muy idealizada o ideologizada de lo que es el viejo y la vejez, en términos de “ejemplo”, “moral”, “integridad” y “pilar social”. No descarto que haya personas que “sabiamente” acepten su muerte, para lo cual no necesariamente hay que ser viejo, si tenemos en cuenta que cualquiera puede morir en cualquier momento, pero me pregunto si las ideas de “vida” y “muerte” que maneja el autor no han sufrido un cambio radical en términos sociales y culturales. Por otro lado, ¿cómo diferenciar la sabiduría así presentada como una versión de la resignación?

Como ya indiqué, parece ser que los viejos de hoy están decididos a vivir más y mejor que los viejos de generaciones precedentes. Habría que ver, entonces, si eso los transforma en más o en menos sabios que los viejos de otrora.

BIBLIOGRAFÍA

- ARAUJO, A. (compilador) (2002). *Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad*. Montevideo: Alternativas.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- AULAGNIER, P. (1991). “Construir(se) un pasado”. *Psicoanálisis. Revista de APdeBA* 13 (3): 441-468. Traducido por Silvia Gluzman.

- AVENDAÑO AMADOR, C.R. (2010). “Memoria colectiva y memoria personal: apuntes para pensar una psicología política”. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2 (13) (mayo): 45-57. Disponible en <<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>>.
- BAUMAN, Z. (1999). *Modernidade e Ambivalencia*. Traducido por Marcus Penchel. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BECK, U. *et al.* (1997). *Modernización reflexiva-política, tradición y estética en el orden social moderno*. Traducido por Jesús Albores. Madrid: Alianza Editorial.
- BENGTSON, V.L. (2001). “Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Relationships in American Society”. *Journal of Marriage and the Family* 63, 1-16.
- BERENSTEIN, I., y J. PUGET (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- CONAPO (2002). *Proyecciones de población de México 2000-2050: Nacionales, estatales y municipales*. México: Consejo Nacional de Población. Recuperado el 10 de mayo de 2012 de <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>>.
- ENRÍQUEZ, M. (1990). “La envoltura de memoria y sus huecos”. En *Las envolturas psíquicas*, compilado por D. Anzieu, 102-125. Buenos Aires: Amorrortu.
- ERIKSON, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Traducido por Ramón Sarro Maluquer. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FONAGY, P. (2000). “Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”. *Revista Aperturas Psicoanalíticas* 3. Disponible en <<http://www.aperturas.org/3fonagy.html>>.
- FORRESTER, V. (2000). *Una extraña dictadura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (2004). *Ética, Sexualidade, Política*. Río de Janeiro: Forense Universitaria.
- FREUD, S. (1921). *Psicología de las masas y Análisis del Yo*. En *Obras completas*, tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

- GIDDENS, A. (1990). *Consecuencias de la modernidad*. Traducido por Ana Lizón Ramón. Madrid: Alianza Editorial.
- GIDDENS, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo*. Traducido por J.L. Gil Arístu. Barcelona: Península.
- HARPER, S. (2003). "Changing Families as European Societies Age". *European Journal of Sociology* 44 (2): 155-184. Disponible en línea en <journals.cambridge.org/production/action-Arch.Europ.Sociol.XLIV>.
- HOFF, A. (2007). "Functional Solidarity Between Grandparents and Grandchildren in Germany". Working Paper 307. Oxford: Oxford Institute of Ageing.
- IACUB, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.
- INEGI (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al comienzo del siglo XXI*. Edición 2005. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 12 de mayo de 2012 de <http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf>.
- JANIN, B. (1989). "Aportes para repensar la psicopatología de la infancia y la adolescencia". *Revista Argentina de Psicología* 40.
- KAËS, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KAËS, R. (1994). *La dimensión psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- KAËS, R. (compilador) (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KLEIN, A. (2002). *Imágenes del adolescente desde el psicoanálisis y el imaginario social. Condiciones de surgimiento de la adolescencia desde la modernidad y el disciplinamiento adolescentizante desde la posmodernidad*. Montevideo: Psicolibros.
- KLEIN, A. (2003). *Escritos psicoanalíticos sobre psicoterapia, adolescencia y grupo*. Montevideo: Psicolibro-Waslala.
- KLEIN, A. (2004). *Adolescencia, un puzzle sin modelo para armar*. Montevideo: Psicolibro-Waslala.

- KLEIN, A. (2006). *Adolescentes sin adolescencia: reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo: Psicolibro-Universitario.
- KLEIN, A. (2007). *Los padres y docentes tenemos derecho a saber. Algunas pistas para comprender mejor al mundo adolescente*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- KLEIN, A. (2009). "New Social and Familial Developments - New Forms of Relationships between Grandparents and Grandchildren". LARNA Conference Presentations, julio de 2009. Disponible en línea en <<http://www.ageing.ox.ac.uk/research/regions/latinamerica/larna/conferencereport>>.
- KLEIN, A. (2010). "Nuevas formas de relacionamiento abuelos-nietos adolescentes desde los cambios demográficos-sociales actuales". *Psicología Revista* 1 (18): 1-25. Publicación de la Facultad de Psicología Pontificia Universidade Católica de São Paulo.
- KLEIN, A. (2010b). "Neoliberalismo-neoevangelismo-cambios socio-demográficos. Posibles marcos epistemológicos frente a algunos desafíos actuales en el campo de las ciencias sociales (los paradigmas ambiguos)". *Acciones e Investigación en Ciencias Sociales* 27: 69-109. Escuela Universitaria de Estudios Sociales, Universidad de Zaragoza.
- KLEIN, A. (2010c). "Nuevas formas de familias, paternidades y relaciones familiares como modelo de intersecciones intergeneracionales". *Ageing Horizons* 9: 73-81. Oxford Institute of Ageing.
- KOHUT, H. (1982). "Introspection, Empathy and the Semi-Circle of Mental Health". *International Journal of Psychoanalysis* 63: 395-407.
- LAPLANCHE, J., y J.B. PONTALIS (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- PUGET, J., y R. KAËS (1991). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- SADER, E., y P. GENTILI (compiladores) (1999). *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

- VASCONCELOS, E. (1988). “Estado y políticas sociales en el capitalismo: un abordaje marxista”. En *La política social hoy*, compilado por C. Montaña y E. Borgiani (editores), 20-32. São Paulo: Editora Cortez. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.
- VIDAL, S., y J. MENZINGER (2005). “New Technologies in the Communication between Grandparents and Grandchildren in Spain”. *Generations Review* 4 (15): 26-32 (octubre).
- VOLNOVICH, J.C. (2002). “El default con nuestros hijos: La desesperación por no cobrar-El dolor de no poder pagar”. Disponible en <www.laguia.semanal.com.ar/2002-09-23/humanidades.htm>.
- WINNICOTT, D. (1972). *Realidad y juego*. Traducido por F. Mazía. Barcelona: Gedisa.

NUESTROS AÑOS DORADOS:
LAS RELACIONES DE PAREJA
ANTE EL ENVEJECIMIENTO

Ruth Nina Estrella

INTRODUCCIÓN

En la cultura occidental, al hablar de una relación de pareja se parte de la premisa de que existe un sentido de nosotros. Gracias a este sentimiento se desarrolla una cultura de pareja, donde se intercambian sentimientos, emociones, experiencias, temores, opiniones, intereses, historias del pasado, expectativas hacia el futuro y la funcionalidad de la relación, entre otros aspectos (Díaz-Loving, 1999; Hendrick, 2004; Nina, 2007).

La vida en pareja significa un encuentro con el otro. Las parejas conviven, se aceptan y validan sus diferencias. Mediante estas vivencias la pareja construye sus realidades, adoptando el rol de actores y protagonistas de su historia, y nosotros, el de espectadores de su razón de ser (Rojas, 1997). Cada historia es diferente, el comienzo es único, el argumento es original y el final de la historia es impredecible.

En las relaciones de pareja es donde mayor nivel de intimidad psicológica se puede encontrar. De las diversas tipologías de parejas que se construyen, en particular el matrimonio es objeto de estudio de la psicología social (Vangelisti y Perlman, 2006). Su principal interés radica en comprender la complejidad del matrimonio, así como estudiar los diferentes procesos que intervienen en la funcionalidad y estabilidad de la relación marital. Al revisar la lite-

ratura, las temáticas que sistemáticamente se han trabajado son: satisfacción, estrés, sexualidad, conflicto marital, comunicación, compromiso, estrategias de mantenimiento, amor y violencia.

En cuanto al matrimonio en la etapa tardía del ciclo de vida, resulta significativo su estudio porque son parejas cuyos miembros se han acompañado durante toda una vida y han envejecido juntos. Se ha observado que existe un gran interés en responder a las siguientes preguntas: ¿por qué un matrimonio dura tanto tiempo?, ¿qué hace feliz a una pareja de muchos años de casados?, ¿cuáles estrategias utilizan para mantener una relación en la etapa de adulto mayor?; como “envejecientes”, ¿qué los satisface de su relación marital?, así como ¿con qué tipos de conflictos maritales tienen que lidiar en su cotidianidad?

En América Latina y el Caribe poco se conoce sobre el matrimonio en el contexto de la vejez, debido a que las investigaciones se han centrado en los matrimonios de recién casados o en matrimonios que tienen hijos menores de edad. Reconociendo esta ausencia de trabajos sobre el tema, se realizó el siguiente estudio con el propósito de comprender la naturaleza del matrimonio en el contexto del envejecimiento de sus protagonistas, luego de muchos años de casados. El trabajo aborda el tema mediante la exploración de los procesos psicosociales: la comunicación, la satisfacción, el amor y las estrategias para mantener una relación estable.

RELACIONES DE PAREJA EN LA VEJEZ

El estudio de la relación de pareja ante el envejecimiento de sus protagonistas es motivo de reflexión en el campo de la psicología social por las diversas transiciones que éstos enfrentan en las últimas etapas del ciclo de vida. Es en esta etapa del adulto mayor cuando más se tiene conciencia del sentido de pareja en matrimonios estables por un largo tiempo, al igual que en las parejas en convivencia o recién casados en edad tardía (Kemp y Kemp, 2002). Mediante la construcción de un sentido de nosotros es

como se configura la relación, conservando los espacios individuales de los integrantes; así nace una historia de vida de pareja.

Vivir en pareja le brinda la oportunidad al adulto mayor de poder disfrutar junto al otro, constituyéndose en un equipo de vida (Nina, 2004). Ese deseo de vivir de manera exclusiva y única es lo que los distingue, por las decisiones que han tomado en las diferentes etapas de la vida, los apoyos recibidos, las situaciones de conflictos que han manejado, los momentos de alegría, los recuerdos, los olvidos, el pasado, el presente y el futuro que les toca compartir.

En nuestra sociedad se presentan tres transiciones que son significativas en la etapa del adulto mayor: 1) la jubilación, 2) la viudez y 3) el rol del cuidador por problemas de salud de uno de los cónyuges (Allen *et al.*, 1999). Por ello, el adulto mayor tiene que adaptarse a estos nuevos procesos de vida, enfrentándolos junto con su pareja.

Recientemente se ha presentado un incremento en los estudios dedicados a comprender las relaciones de pareja del adulto mayor, debido al aumento de matrimonios en la etapa del nido vacío y con muchos años de casados (Blieszner y Hilkevitch, 1995). El aumento de estos matrimonios responde a las propias transformaciones sociodemográficas de nuestros países que provienen de que una persona tenga una mayor esperanza de vida (CEPAL, 2009; Sánchez, 2000).

Por otra parte, el interés surge ante la escasez de investigaciones dedicadas a esta población, puesto que al revisar la literatura se encuentran estudios enfocados en parejas jóvenes o en etapa de recién casados (Hendrick, 2004; Noller y Feeney, 2006). Los estudios sobre matrimonios de adultos mayores principalmente han analizado aspectos como la sexualidad, el apoyo social y la satisfacción marital; muy pocos son los dedicados al factor del tiempo de convivencia, es decir, a comprender aquellos matrimonios que llevan muchos años de casados (Bachand y Caron, 2001; Parker, 2000; Kaslow y Robinson, 1996).

INVESTIGACIONES SOBRE MATRIMONIOS CON MUCHOS AÑOS DE CASADOS

En la literatura sobre matrimonios de muchos años de casados se adopta el término de larga duración (*long-term marriage*), en el que la variable de estudio es la cantidad de años de casados. En relación con este tema se han realizado estudios con un amplio rango en cuanto a los años de casados. Algunos estudios analizan parejas con diez años o más en promedio de casados (Cuber y Haroff, 1965); otros toman un rango de veinte años (Fenell, 1993); otros más, rangos entre 25 y 49 años (Sharlin, Kaslow y Hammerschmidt, 2000; Kaslow y Robinson, 1996), y finalmente 50 años o más (Levenson, Carstensen y Gottman, 1993).

En cambio, para otros, al analizar el matrimonio de larga duración se debe considerar también la edad de la pareja, debido a que estas relaciones las constituyen personas que están en las etapas mediana y tardía de la vida (Levenson, Carstensen y Gottman, 1993). Sin embargo, un factor común en todos estos trabajos es su interés en comprender los factores que contribuyen a la estabilidad marital, así como identificar qué hacen las parejas para mantener un matrimonio sin ruptura alguna.

Entre los primeros trabajos que analizaron matrimonios de larga duración se encuentra el estudio de Cuber y Haroff (1965), quienes estudiaron la variable de comunicación marital. Dicha investigación identifica matrimonios en los que hay un compromiso mutuo de la pareja con la relación, entre los cuales se produce una comunicación efectiva. Asimismo, se señalan otros cónyuges que actúan como personas aisladas, por lo que su comunicación es conflictiva. Para estos autores, los patrones de comunicación inadecuados son lo que puede provocar un conflicto en una relación marital de larga duración.

Lauer, Lauer y Kerr (1990) analizaron la estabilidad marital desde la percepción de los cónyuges, con el propósito de poder establecer los factores que contribuyen a la estabilidad de la re-

lación marital. Con una muestra de matrimonios con un mínimo de 50 de años casados, encontraron que para ambos integrantes de la relación es importante: 1) estar en una relación con alguien que les guste, 2) estar comprometido con el matrimonio y con la pareja, 3) tener buen humor, aspecto clave para la estabilidad y la satisfacción en un matrimonio de larga duración, y 4) estar de acuerdo en la mayoría de los aspectos significativos de una pareja que puedan contribuir a que el matrimonio sea exitoso.

Para Fenell (1993), lo que determina la convivencia por tanto tiempo es el compromiso con el matrimonio, el respeto mutuo que se tiene la pareja, la lealtad entre ellos (y la expectativa de que sea recíproca), los valores morales, la fidelidad en la vida sexual, el deseo de ser un buen padre, creer en Dios y compartir con la pareja.

En otro estudio con parejas entre 25 y 46 años de casados, también se analizó la percepción de su relación matrimonial (Sharlin, Kaslow y Hammerschmidt, 2000), y se determinó que el amor, el respeto mutuo, la confianza, el compartir intereses mutuos y querer a los hijos son aspectos que producen la satisfacción marital. Asimismo, de los resultados obtenidos se establecieron ciertos elementos esenciales para la satisfacción de matrimonios de larga duración: 1) que exista confianza (lo que incluye fidelidad, integridad y sentimiento de seguridad); 2) tener habilidades para resolver problemas; 3) tener un compromiso permanente; 4) tener una buena comunicación; 5) pasar el tiempo juntos disfrutándolo; 6) compartir un sistema de valores; 7) que exista un sentimiento de reciprocidad (dar y recibir); y 8) sentir afecto mutuo.

Este estudio se volvió a hacer a finales de los noventa (Sharlin, Kaslow y Hammerschmidt, 2000) y se encontraron resultados similares. Al igual que en el estudio anterior, para los cónyuges la comunicación efectiva, la confianza y el respeto pueden contribuir a la satisfacción marital. Asimismo, los cónyuges reconocieron que se mantenían juntos luego de muchos años porque consideraban el matrimonio como un asunto de por vida y tenían un sentido de responsabilidad con la pareja.

Por otra parte, Levenson, Carstensen y Gottman (1993) realizaron un estudio con matrimonios longevos con una duración que estaba entre los 60 y los 70 años de casados, para entender por qué estas parejas llevan juntas un tiempo significativo y cuáles han sido los diversos cambios que han experimentado; la respuesta a esta pregunta fue que son matrimonios con menos conflictos y con un mayor nivel de satisfacción marital.

Bachand y Caron (2001) llevaron a cabo un estudio con cónyuges con un promedio de 38 años de casados. Su análisis se focalizó en dos aspectos: explicar por qué surgen matrimonios de larga duración y cuáles son los factores que contribuyen a ello. Los resultados indicaron que para estas personas sus matrimonios eran únicos; por lo tanto, al compararse con otros reconocían que su percepción del amor, la amistad y otros aspectos era diferente. Entre los diversos factores que contribuyen a la duración de estos matrimonios se encontraban la amistad, el amor, los intereses similares, el compromiso, la libertad para alcanzar sus metas, conocerse bien antes de casarse, el respeto, los valores similares y tener una percepción positiva sobre el cónyuge, entre otros.

En general, según Nussbaum y Coupland (2004) los estudios sobre matrimonios de larga duración tienen las siguientes limitaciones: 1) son estudios en su mayoría realizados en Estados Unidos con matrimonios blancos; 2) se han utilizado principalmente instrumentos de autorreportes, lo cual sugiere problemas como deseabilidad social, distorsión de la memoria y otros de base cognitiva; 3) dificultades para comparar grupos poblacionales, porque dependiendo de los años de casados varían las circunstancias; y 4) resaltar tan sólo el factor de satisfacción o la percepción de matrimonios felices como el elemento que más contribuye.

Sin embargo, en estos estudios resulta interesante mencionar que son comunes ciertos factores que contribuyen a la estabilidad de esos matrimonios: respeto, compromiso, comunicación efectiva, valores similares, amor y fidelidad.

Puerto Rico enfrenta un nuevo siglo con diversas transformaciones sociales que tienen como consecuencia nuevas realidades sociodemográficas que catalogan al país como una sociedad “vieja”. Según el censo de 2010, las personas mayores de 60 años o más constituyen el 20.5% de la totalidad de la población del país. Las causas para estas transformaciones han sido: el aumento en el envejecimiento de la población, la baja natalidad, la baja mortalidad, una alta prolongación de vida y un considerable movimiento migratorio.

Ante estas nuevas realidades, se observa que es muy poco lo que se conoce sobre este grupo poblacional, debido a que al revisar la literatura se encuentra que las investigaciones se han centrado en aspectos de salud física, características demográficas y política pública (Sánchez, 2000).

DATOS Y MÉTODO

En los estudios sobre relaciones de pareja de largo tiempo no existen trabajos sobre esta temática en América Latina, aun cuando se reconoce la importancia de éstos para poder abordar de manera adecuada las necesidades y realidades de esta población.

Considerando estos elementos se realizó el presente estudio, tomando en cuenta el contexto psicosocial, con el objeto de poder comprender la relación de pareja ante el envejecimiento en la sociedad puertorriqueña, así como explorar algunos de los procesos básicos de las relaciones de pareja del adulto mayor. A continuación se presentan algunas características de la muestra intencional, del instrumento y del procedimiento utilizado.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 28 personas seleccionadas por disponibilidad (14 hombres y 14 mujeres), residentes del área metropolitana de la ciudad de San Juan, Puerto Rico. Las edades fluctuaban entre los 65 y los 93 años, con un promedio de 69.44

años de edad. Los años de casados en promedio eran 46.33, fluctuando entre 35 y 67 años de vivir juntos como pareja. El total de los participantes indicaron estar en su primer matrimonio. Una tercera parte de las personas participantes informó tener un hijo, mientras que otro tanto (36%) informó tener tres hijos y el resto más de tres. Los niveles de estudios eran variados: 35.7% con educación universitaria completa, 14.3% con universidad incompleta y 28.6% con escuela superior completa.

Instrumento

Con el propósito de identificar las características de los matrimonios de larga duración, se diseñó una guía de preguntas para realizar una entrevista estructurada, con una totalidad de 12 preguntas sobre el significado del amor, sus maneras de expresarlo, las estrategias de mantenimiento, los aspectos que les producen satisfacción marital, sobre su comunicación marital y su percepción del matrimonio. Además, se incluyó una pregunta cerrada en relación con su nivel de satisfacción con su matrimonio y sobre la percepción de su comunicación marital.

Toda persona que aceptaba participar en el estudio debía completar un cuestionario de datos sociodemográficos (género, edad, años de casados, etc.) y una hoja de consentimiento informado.

Procedimiento

Se realizaron diversas reuniones en lugares públicos, como centros de trabajo, iglesias y reuniones en centros comunitarios. A los cónyuges interesados en participar se les brindaba un número telefónico de contacto para que se comunicaran con la investigadora. Cuando las personas se comunicaban, se realizaba una entrevista telefónica de cotejo, con el objeto de poder determinar que cumplían con los requisitos de participación. Los requisitos de participación eran: 1) no podían estar recibiendo terapia psi-

cológica, 2) no podían estar experimentando una situación de violencia doméstica, 3) estar casados legalmente y 4) ser adultos mayores, con más de 30 años de casados. Luego de ello, se coordinaba un día y la hora para realizar la entrevista. Ésta se hacía en los hogares de los participantes, se les indicaba que su participación era completamente voluntaria y se les aseguraba que era confidencial y que la información que expresaran sería utilizada exclusivamente para propósitos de la investigación.

RESULTADOS

Las relaciones de pareja frente al envejecimiento

En general, al analizar las preguntas cerradas sobre la comunicación y satisfacción marital, se obtuvo que 9 de cada 10 de los participantes indicaron que se sienten satisfechos con su relación matrimonial. Una proporción similar (92.9%) consideró muy buena su comunicación con su pareja.

Se utilizó el análisis de contenido que permite estudiar una comunicación conforme a las categorías establecidas por el investigador (Ander-Egg, 1995; Krippendorff, 2004), con el objeto de estudiar las ideas, los significados, los temas o las frases expuestas por los cónyuges. Las unidades o categorías de análisis fueron determinadas después de la recopilación de la información brindada por los participantes.

De la información ofrecida por los participantes se establecieron cinco categorías para su análisis: 1) construcción del amor, 2) expresiones de amor, 3) estrategias de mantenimiento, 4) comunicación marital, 5) nivel de satisfacción marital y 6) percepción de su relación marital.

Construcción del amor

Al querer definir el amor, los participantes reconocieron que es un sentimiento a nivel personal, y que también es un sentimiento

que coexiste en la interrelación con ese otro en el diario vivir. Para uno de los participantes, el amor

es un sentimiento que nace de uno mismo, de su propio corazón, que cuando uno se casa con una persona como ella... pues uno no solamente le coge cariño sino que uno no puede ya vivir sin ella. Sino que uno está pendiente para poder hablar con ella y disfrutar la conversación entre los dos (H, 67 años de casado);

mientras que otra participante indica que

El amor en pareja para mí es primero aceptación y comprensión. Cada día, renovar el amor. Bueno, pues para mí, el amor en una pareja consiste en aceptar a esa persona con lo bueno y lo malo que tenga (M, 51 años de casada).

Al parecer, luego de tantos años de convivencia, las parejas desarrollan un sentido de identidad propio, enmarcando su relación desde una cultura de pareja, por lo que consideran el amor como un proceso que se transforma constantemente a través del tiempo, lo cual implica un proceso de adaptación:

Bueno, el amor dentro de una relación de pareja viene siendo la continuación del noviazgo; es la primera, ¿no? Entonces ahí hay unos ajustes para uno, mantener primero, mantenerse con el amor y tratarlo de cultivar siempre para estar en... ¿cómo yo te diría?, en esa actitud de sentirse amado y dar amor (M, 67 años de casada).

Otro participante masculino nos dice:

Pues yo defino el amor como un proceso de adaptación, un proceso de construcción. Un proceso de unificar unas vidas, y llega el momento en que pensamos prácticamente al unísono, porque cuando existe esa compenetración como que las vidas se unen sin uno darse cuenta. Después del amor entonces uno se enamora. Después de que se enamora entonces viene la relación y en esa relación

tiene que haber respeto mutuo, fidelidad, lealtad (H, 51 años de casado).

Asimismo, es un proceso en el que se desarrolla la unión de dos seres humanos, según nos dice este cónyuge:

En algunas ocasiones somos como hermanos porque yo no puedo vivir sin él y él no puede vivir sin mí. Somos como una mitad y la otra. Francamente en la relación estamos como pegados, vamos a todos sitios juntos. A veces nosotros nos sentamos juntos a ver televisión y ni hablamos, pero estamos ahí uno con el otro (M, 36 años de casada).

Por otro lado, al parecer, la comprensión en ese tiempo de duración parece ser fundamental para mantener unida a la pareja, según lo expresa un cónyuge:

Fíjate, para mí el amor entre dos personas, entre mi esposo y yo, es la comprensión. Que, me parece, en esos años, nos hemos comprendido uno al otro. A veces he tenido que soportar ciertas cosas, siempre surgen en el matrimonio problemas porque no hay matrimonio que no haya tenido problemas en su vida. Y para mí eso es lo que es el amor (M, 53 años de casada).

En cambio, para otro cónyuge, la comprensión se requiere simplemente para convivir: “Es compartir con la persona que vive con uno en la forma más correcta y siempre tratando de no ofenderla, y aceptar las cosas siempre y cuando tengan la mayor seguridad de que eso en el futuro va a ayudar a uno para algo” (H, 41 años de casado).

En el análisis del concepto del amor se obtuvo que los participantes relacionaron dicho concepto con ciertos valores, emociones y sentimientos, como compromiso, comprensión, confianza, sinceridad, respeto, tolerancia, comunicación y cariño. De esta manera, vemos plasmados estos factores en las siguientes narrativas: “Amor es sacrificio, compromiso, entrega, cariño, preocupación

por el otro, compañerismo, cooperación, y depende del amor que sea, ¿ves?, porque hay amor que es el que conocemos como amor, y hay amor, el que se tiene para uno poder durar 35 años casado” (H, 44 años de casado). Otra participante indica: “Yo defino amor: respeto, sentirme feliz cuando estoy acompañada, compartir las preocupaciones, las alegrías, las inquietudes. El compartir con la familia, con los hijos. Que cuenten con uno en el matrimonio, igual la parte mía hacia él. Tomar decisiones juntas de cosas importantes, del hogar” (M, 46 años de casada).

Además de estos sentimientos, se consideró en relación con el amor el aspecto de la atracción física: “Tiene el elemento físico que es importantísimo, por lo menos al principio de la relación, el elemento de la confianza de uno en el otro y tiene un elemento bien importante que es el respeto de uno por el otro, consideración y entrega” (H, 58 años de casado).

También se menciona de manera recurrente la acción conductual del poder dar, siendo importante complacer a la pareja, y que esta acción se manifieste de manera recíproca. “Porque se tiene que dar. Sabes, el amor se da y se recibe. En la relación de pareja el amor es, es algo bien importante. Tiene que ser las dos personas, porque si solamente uno da y no se complementa, el amor muere” (M, 38 años de casada).

Para estos participantes, la tolerancia es un factor significativo en el amor, y es importante tolerar a modo de aceptar a la pareja, protegerla y cuidar de ella. Sobre esto nos comenta una participante:

Siempre hay tormentas, tú sabes, hay discordias... no siempre se está en acuerdo con la pareja. En esos momentos resulta un intercambio, pero no deja de ser... desamor. En ese momento dos seres humanos que piensan diferentes. Que piensan diferentes y por más que se quieran pueden llegar a desacuerdos. Para mí, el, el... amor, en sí, es una palabra, amor es todo por el todo. Darse [pausa] y recibir a la otra persona tal y como es (H, 40 años de casado).

En cuanto a los cuidados, se nos dijo:

Yo le expreso el amor cuidándolo. Protegiéndolo porque ahora mismo él está enfermo, teniéndole sus comidas al día. Velando cuando en la noche se queja. Estar ahí. Ese es el amor. Tú sabes. No puedo irme porque él se está enfermando. Yo lo cuido estando ahí con él, velándolo a él si se enferma, estando con él, dándole sus medicinas al día. Velando que se las tome. Tú sabes. Velando por él. Y él también hace lo mismo conmigo (M, 59 años de casada).

EXPRESIONES DE AMOR

También se reconoce que las expresiones de afecto evolucionan en la convivencia con el pasar del tiempo:

Pero eso después va cambiando. Paulatinamente con la llegada de los hijos, de las propiedades, las deudas. Tú sabes, se va complicando más. Ahora, en el caso mío, como yo ya estoy pensionado, pues yo la ayudo de otra forma. Yo le lavo las ventanas, le lavo los escritores,¹ le lavo el baño, le cocino, le preparo el desayuno por la mañana. Todo eso. Ésas son pequeñas cosas, tú sabes, pero eso yo lo hago por hacerlo. No me toca a mí. Pero es parte de mantener esa relación. Yo todas las mañanas le hago el desayuno, desde que me casé. Le hago el desayuno a mi esposa (H, 50 años de casado).

Se señaló lo importante de expresarle perdón al ser amado:

El amor en pareja... conlleva el saber perdonar a su cónyuge. En ciertas ocasiones. En las ocasiones que sean necesarias para por lo menos prevalecer. Prevalecer por 25 años o más. Por lo menos yo llevo ya 50. A veces se han dado ocasiones que esté en desacuerdo conmigo. Pero hemos prevalecido. A pesar de los pesares (H, 50 años de casado).

Sus expresiones de amor se producen mediante contacto físico y afectos expresados verbalmente. En relación con las ex-

¹ Escritores: mosquiteros, la tela metálica que se pone sobre la ventana para evitar la entrada de insectos.

presiones verbales de amor, resalta de manera significativa que se deben dar de manera recíproca entre los cónyuges. En cuanto a ello dice una participante: “Pues expreso el amor a mi pareja de diferentes maneras. No es sólo decir ‘yo te quiero’. Eso es lo primero, uno le dice ‘yo te quiero mucho’, ayudarlo, cuidarlo, estar pendiente a sus detalles y que también uno reciba de esa persona... que sea recíproco” (M, 51 años de casada).

Con respecto a las expresiones físicas sobre el amor, una participante comenta:

Él siempre me demuestra el amor con besitos, abrazos, cariñitos. Bueno, con caricias, con frases que creo que le gusten. Un “buenos días” y yo siempre [carcajadas] me levanto primero y entonces mientras yo veo la televisión que ella pasa por el pasillo, ella me dice “buenos días” y yo le digo “buenos días amor, felicidades”. Todos los días. Y ¿por qué la felicita? Pues porque somos felices (H, 41 años de casado).

En cuanto a la pregunta de cómo expresa el amor su pareja, en su totalidad indicaron que de igual forma, esto es, el amor que brindan es el mismo que reciben.

Más o menos igual que yo porque estamos compenetrados. Ella nunca me rechaza mis caricias, siempre es amorosa conmigo. Nunca me dice frases hirientes, a veces aunque tenga coraje ella no tiene coraje conmigo. A veces yo le digo a ella “Chica, paléame” (H, 43 años de casado);

mientras que otra participante dice:

De la misma manera. Cuando él sale por la mañana me dice “Negra, me voy” y me da mi besito, y cuando llega, pues lo mismo. El día que no lo hace pues uno lo echa de menos y uno dice “Adiós, ¿qué le pasará a éste que no me dio un besito hoy?” Todas esas cositas como que van afincando más a uno y pues uno se va corrigiendo. Siente más el amor (M, 46 años de casada).

ESTRATEGIAS DE MANTENIMIENTO

En cuanto a las estrategias que utilizan los cónyuges para mantener la relación de manera estable, se obtuvo que en las narrativas los participantes redundan en tres aspectos: 1) complacer a la pareja, 2) realizar celebraciones de fechas significativas y 3) expresar afectividad. Desde la percepción sobre la estabilidad marital nos indica un participante: “Bueno, para mantener estable la pareja, vuelvo y te digo es darse el uno por el otro. Complacerse mutuamente. Saber cuándo no se puede y cuándo se puede [pausa]. Son tantas cosas que con una palabra yo te diría que no te va a explicar” (H, 40 años de casado).

También les resulta significativo expresar afectos dentro de un contexto de estabilidad; por ejemplo: “Demostrándoselo todos los días y no esperar a que ella parta para decírselo. Cada vez que hay una oportunidad demostrarle que la quiero” (H, 39 años de casado). En cambio, otro participante nos dice: “estar en la casa y darle cariño, darle amor, porque si uno no le da amor, no hay nada” (M, 40 años de casado). Asimismo, otra participante expresa:

Bueno, una de las estrategias es el amor. Si no hay eso, no hay estrategia que valga. La otra es tratando de mantenerlo a él en mi casa, que se sienta bien en su casa. Que no tenga que... que nadie le puede decir ‘Mira, a mí mi esposa no me trata así’. Porque yo considero que ellos vienen de una casa o de un hogar de madre y padre... Entonces, al casarse, él tiene que encontrar eso mismo: armonía, dedicación y entrega (M, 37 años de casada).

Por otra parte, les resulta importante celebrar festividades; éstas pueden ser significativas culturalmente o bien sólo para la misma pareja, en las cuales pueden compartir entre ellos o socializar con otros. Por ejemplo, los cumpleaños o el día de la madre:

Cumpleaños, desde que nos casamos siempre ha tenido ese detalle conmigo en el cumpleaños. Me hace un regalo; si no, me da dine-

ro para que me lo compre yo, pues soy media chavona pa' las cosas, entonces me da dinero: "Toma esto para que te compres algo para tu cumpleaños". Ahora mismo ya me los dio porque cumpla años en mayo. Para mi cumpleaños y para las madres siempre tiene ese detalle, siempre (M, 48 años de casada).

Para otra participante, "el Día de las Madres, sí, cuando no salimos a comer y a lo mejor vamos a estar todos juntos, porque como ella el Día de las Madres cumple años también. Cumple años, pues a lo mejor vamos a estar fuera reunidos comiendo" (M, 39 años de casada).

Como parte de celebrar fechas importantes, se encontró que una de las estrategias es hacer regalos:

Regalos como para una fecha importante, no. ¿Por qué? Porque cuando salimos por ahí, que salimos tantas veces a la semana, pues si me gusta algo me lo compra; si le gusta algo se lo compro. O sea, que no estoy esperando a que llegue, por ejemplo, el Día de los Enamorados para regalarle algo. Cuando quiero, se lo compro. Le escribo notitas también en la nevera. Cositas así (H, 54 años de casado).

En cuanto al complacer, puede que sea en referencia a los gustos o intereses de la persona, o bien sobre la comida. Según una participante: "*Dicen que el amor entra por la cocina, pues siempre le he hecho lo que a él le gusta de comida*" (M, 49 años de casada). Asimismo, nos comenta otra participante:

A mí me gusta cocinarle, especialmente las cosas que a él le gustan, y realmente, pues cuando hay un amor verdadero, pues se hace fácil mantener la relación de pareja, aunque siempre hay momentos difíciles, pero cuando el amor es bien puro se puede (M, 45 años de casada).

No obstante, quizá donde mejor queda plasmada la estrategia de complacer a la pareja es en la siguiente narrativa: "Pues, complacerla, complacerla en todo lo que me pide ella. Ella no pide mucho... Cualquier cosa que... ella quiera..." (H, 37 años de casado).

Resulta interesante que algunos participantes tuvieran presente la etapa de vida en que están, el desarrollo de su relación en cuanto a sus responsabilidades y la forma en que esto puede influir en las estrategias de mantenimiento:

Bueno, primero es que realmente uno tiene que portarse bien con la pareja porque, en verdad, después que hay hijos uno tiene que cambiar mucho. Porque mucha gente dice “yo realmente tengo mi mujer y eso es seguro en casa”. No, eso no es así. Porque ellos estilen estar en la calle y que la mujer le tenga cariño. Estar en la calle buscando, vamos a decir los hombres mujeriegos, pues la mujer no le va a tener cariño nunca. No puede ser como una pareja que se lleven bien, para entonces... porque ahí están los hijos, los hijos entonces están en contra de uno porque dicen: “papi se porta muy mal con mami”, así es que lo mejor es que cada uno coja pa’ su lao’. Pa’ su lao’ quiere decir el divorcio (H, 37 años de casado).

Comunicación marital

En general, sobre la comunicación se expresó que ésta debía ser efectiva, esto es, entre los cónyuges se debe dar una buena comunicación, en la que se pueda expresar lo que se siente; así queda manifestado en las expresiones de estos participantes: “Debe existir una buena comunicación. Eso es lo más importante, pues, expresarnos qué nos gusta y lo que no nos gusta. Tolerancia, tú sabes, cuando surge cualquier situación y, pues... eso es. Comunicación es la palabra más adecuada ahí” (M, 41 años de casada).

Por otra parte, los participantes en el estudio manifestaron que hablan de todo con sus parejas, reconocen que en sus conversaciones existen ciertas temáticas sobre las que hablan con mayor frecuencia, como sobre los hijos, aspectos familiares y salud: “Bueno, a nosotros nos gusta conversar de todo. De los hijos, de los nietos, de la política; de nuestras dificultades, de planes que tenemos para el presente y para el futuro” (M, 48 años de casada). Igualmente indica otro participante: “Hablamos de

nuestros hijos. Yo digo nuestros hijos porque, en mi caso, los míos que soy el que tengo hijos... son como si fueran de ella, y cuando hay algo que pensamos que está negativo pues lo hablamos para ver si entre los dos podemos ayudar al prójimo o al familiar” (H, 44 años de casado).

A veces, al hablar sobre la salud, también se conversa sobre la muerte: “Cuando él se muera, cómo sería eso, si se muere primero que yo, si se quedaría solo. ‘Bueno, tú no sabes, porque tú no sabes si te vas a morir primero que yo’ y me dice: ‘Muriéndote tú no sé qué haría, porque yo solo...’ Esas cosas a veces las hablamos” (M, 55 años de casada).

Satisfacción marital

A partir de los análisis realizados se puede decir que existen varios aspectos que les producen satisfacción a los cónyuges de matrimonios de larga duración: relación de pareja, la comunicación y la salud de la pareja. En cuanto a la relación de pareja, valorizan grandemente haber compartido por tanto tiempo con su pareja: “Que siempre hemos estado iguales después de 50 años. Que no ha habido altas ni bajas sino estando. La regularidad de ese cariño y no los sube y baja” (H, 50 años de casado). Por otra parte, otra participante dice: “Pues tener siempre a una persona a mi lado, contar con su presencia, con su apoyo y saber que realmente él me ama en las buenas y en las malas” (M, 58 años de casada). También les producen satisfacción los cuidados que se tienen:

Las atenciones que él me da. Sí, las atenciones que él me da. Las atenciones y la libertad, porque si a ti te dan atenciones y te tienen acorralada tú no te sientes libre... te sientes acorralada. O sea que tiene que haber confianza en un matrimonio; tú te puedes ir para allá y yo me puedo ir para... y siempre hemos sido así porque cuando yo trabajaba afuera en las actividades de mi trabajo pues él nunca me dijo ‘no vayas’ siempre me dijo ‘vete’. O sea, que

hemos tenido confianza. Yo me voy para la fiesta, y después, si él quiere ir un poco más tarde, pues va, y si no, pues... pero siempre hemos tenido... la confianza, esa libertad y esas atenciones (M, 59 años de casada).

Para los participantes, otro motivo de satisfacción es la comunicación:

Pues, que dialoguemos. Y que lleguemos a un punto, tú sabes, donde... que nos podemos entender y comprender. Eso es sumamente importante para mí. Una de las cosas más importantes en todas las parejas es sentirse segura. De que no hay otra cosa por fuera. ¿Entiendes? Eso es bien importante. Y siempre me he sentido segura (M, 46 años de casada).

Y también que la pareja esté bien de salud:

verla contenta a ella, que no esté enferma, tú sabes. Que los días transcurran... sin novedad, tú sabes. Cuando la veo que está enferma, pues me preocupo; eso me es un, ¿cómo se llama?, un trastorno en la vida de pareja, tener la otra parte enferma. Pero, nosotros bregamos bien (H, 42 años de casado).

Entre los aspectos que conducen a la insatisfacción marital se encuentran el no compartir actividades, las complicaciones de la vida sexual y la personalidad del cónyuge. Por ejemplo, sobre su insatisfacción nos dice un participante:

Bueno, hay un problema grande en la relación de pareja de adulto. Y es que la actividad sexual de las personas adultas no es la misma que de antes, y la mujer pues es más propensa a fallar en ese tipo de relación por la edad, por la menopausia. Porque pasa por unos procesos que le afectan el apetito sexual. Tú sabes... (H, 43 años de casado).

El carácter o la personalidad del cónyuge es otra de las manifestaciones más frecuentes que pueden producir insatisfacción:

“Bueno, cuando ha entrado a cierta edad... [comienza a hablar en voz baja] éste se pone autoritario. Y simplemente hago lo que me da la gana”. Otra dice: “¡Lo chavón que es! [risas] Lo mandón que es, pero no... hay que perdonarlo. Yo lo perdono, él es muy bueno. Fíjate: yo no tengo problemas” (M, 41 años de casada).

Por otra parte, el no compartir las actividades sociales es motivo de insatisfacción:

Bueno, a mí, por ejemplo, me gusta compartir mucho con mis amistades, con mi familia y entonces, por ejemplo, ellos si tienen un viaje a un pueblo de la isla o un viaje al exterior a cualquier sitio, pues a él no le gusta. No le gusta salir y quedarse dos o tres días en un sitio, pues eso a él nunca le ha gustado. Entonces a mí me gusta... tú sabes, eso no me satisface, porque a mí me gusta compartir con ellos, pero me gusta estar todos juntos, ¿me entiendes? Él me dice ‘pues vete tú con ellos y yo me quedo’. Que de hecho eso es lo que últimamente he hecho (M, 53 años de casada).

Se consideró importante encontrar que, en algunos casos, se expresó que se sentían insatisfechos ante alguna transgresión de su pareja; por ejemplo, cuando se mentía: “La mentira. Porque si tú eres sincera conmigo, me llevas hasta el fin del mundo; pero no me digas mentiras, que es lo que yo le... pues siempre le decía a él. Tú sabes, ya no porque ya... pero la sinceridad” (M, 38 años de casada).

Percepción del matrimonio

Por último, se les preguntó sobre su percepción de una relación matrimonial, y destacaron la unión de pareja, la comprensión, la tolerancia y la aceptación como factores que pueden contribuir a la estabilidad de una relación.

El matrimonio, mira, es dedicación, como te dije la otra vez; es paciencia, porque el día que uno o el otro se levanta del lado de la cama, olvídate, no le hagas caso o que no te hagan caso. El amor,

porque con el amor tú puedes pelear un momentito, pero ya a los segundos se te va, ¿verdad? Y atender a esa persona; según a ti te gusta que te atiendan, tú tienes que atenderlo a él. Hazlo sentir siempre bien en su casa y nunca se te va. Que perseveren tanto el uno como el otro (M, 40 años de casada).

Para otro participante,

el primer elemento yo creo que es que nos casamos y nos juramos eternidad, hasta el final de la vida. Nunca aquí se ha hablado de divorcio ni de separación y eso siempre lo hemos tenido presente. Desde que nos casamos dijo “nos casamos para siempre” y yo le dije “igual”. El mantenerse uno siempre viviendo solos, sin una familia dentro de la casa, eso es importante. Compartir los problemas siempre en lo económico, saber cuándo no se puede o se puede. En general, compartir todo. La comunicación es muy importante porque aunque no parezca, [nombre] y yo tenemos buena comunicación (H, 55 años de casado).

En cambio, otro participante recalca sobre la tolerancia:

La aceptación de cómo es la persona. Yo creo que uno tiene que aceptar al otro ser humano como es para que te acepten a ti porque tú te has casao' con una gente que... tú vienes a vivir con un hombre que nunca has compartido nada y de repente tú tienes que dormir con esa persona y lo que a él le gusta o no le gusta. Cosas que... tonterías, hasta la pasta de dientes si tú no la tapas o algo así son cosas que en los matrimonios hay que entenderlas (M, 67 años de casado).

DISCUSIÓN

La vida conyugal es un proceso de construcción dinámico que evoluciona con el paso del tiempo. Es importante reconocer que la pareja construye sus realidades en un cambio permanente, dentro de un lapso que puede ser analizado según las diferentes tipologías de matrimonio. Según el tipo de matrimonio de que se trate,

las vivencias responderán a los procesos de convivencia y adaptación de la díada.

El hecho de que una pareja conviva durante tantos años en un mismo escenario tiene como consecuencia que exista una cultura de pareja, donde los protagonistas de la relación se sienten estables y seguros y desarrollan un sentido de identidad; se constituye una díada en la que existe una interdependencia entre sus integrantes. Es lo que llamo un sentido de nosotros.

Ante la pregunta de ¿qué factores contribuyen a la estabilidad de los matrimonios de larga duración?, ciertamente se puede decir que son una diversidad de factores los que intervienen, tales como el amor y las maneras de expresarlo, la comunicación, la satisfacción y las estrategias que se utilizan para mantener la relación. Es importante entender que son factores que no están aislados, sino que se relacionan entre sí y evolucionan según se desarrolla la relación de pareja.

Por otra parte, al igual que algunos de los estudios anteriores, los participantes consideraron la unidad de la pareja, el compromiso, la comprensión, la tolerancia y la aceptación como factores que pueden contribuir a la estabilidad de una relación (Kaslow y Robinson, 1996; Levenson, Carstensen y Gottman, 1993; Kaslow y Hammerschmidt, 1992; Lauer, Lauer y Kerr, 1990).

Se observa que los cambios o transiciones que sufre el adulto mayor al envejecer hacen que la pareja tenga una mayor conciencia del significado de tener pareja; esto es, implica amar a alguien que te responde de manera recíproca, que en ambos existe responsabilidad con el compromiso mutuo, con la propia relación; que tu pareja es alguien en quien puedes confiar plenamente, pues después de tanto tiempo se reconocen sus debilidades y fortalezas.

La aceptación y el respeto son dos factores importantes en estos matrimonios. El ser aceptado en cuanto a la forma en que uno actúa y respetar las diferencias contribuye de gran manera a

que se mantengan la relación y la satisfacción marital. El no tener la intención de cambiar a la persona, aceptándola con su propia personalidad, es un elemento de transparencia.

Otro elemento relacionado con la aceptación es el proceso de dar amor; existe la expectativa y el entendido de que, en el intercambio de afectos de la pareja, ambos deben recibir lo mismo, en el mismo nivel de intensidad, frecuencia y cantidad.

Por otra parte, el desarrollo del sentido de nosotros y el poder mantener la autonomía propia de los individuos en la pareja es todo un reto, y el amor es uno de los factores que más pueden contribuir a que la pareja sea exitosa (Noller y Fitzpatrick, 1993). Se valora que entre ellos se pueda tener la oportunidad de expresar respeto, así como sentimientos y emociones, ya sean positivas o negativas. Es interesante señalar que, aunque estén en una etapa tardía, la atracción físico-sexual sigue siendo importante para los cónyuges.

Otro elemento significativo fue el factor del tiempo, en cuanto a la continuidad de la relación o el futuro de la relación, y es un aspecto que contribuye a la estabilidad emocional. Para los cónyuges, saber que se cuenta con una persona por un tiempo dado les crea un sentido de permanencia que los une más íntimamente (Nina, 2004). Este sentido de unidad como pareja brinda seguridad y confianza en la otra persona que integra la relación marital.

En las entrevistas, los participantes tienen presente el estado de salud de la pareja y éste es un tema importante en sus vidas, por lo que expresaron aspectos relacionados con apoyar a su pareja, asumir el rol de cuidar a una persona enferma, o estar pendiente de su salud.

En cuanto al amor, se mantienen las expresiones tanto físicas como verbales dentro de su vida cotidiana. La palabra comprensión parece ser un elemento significativo para la cultura puertorriqueña. El deseo de que el otro entienda mi sentir en la relación de pareja es importante al definir el amor, como también es significativo, contra lo que presenta la literatura, que la sexualidad no esté presente como una expresión de afecto, ni la fidelidad.

Posiblemente es algo que se da por entendido al pasar el tiempo, o por lo cual no existe preocupación.

Al señalar qué tan importantes son estas estrategias en su relación, los cónyuges también identificaron elementos que contribuyen a su satisfacción marital, como las expresiones de afecto, complacer a la pareja y celebrar festividades. Las estrategias más importantes son las que se refieren a la intimidad psicológica de la pareja, en la que se dan elementos como comunicación, demostrar su amor, expresión de sentimientos y emociones.

Al considerar buena la comunicación, se destaca el énfasis que ponen en poder hablar de todo, en cuanto a contenido, sean aspectos positivos o negativos. Por estar en esta etapa de vida se puede decir que es de esperarse que se hable más de las situaciones familiares, de los hijos o de su salud. Asimismo, se observa en la literatura que las parejas envejecidas se sienten felices en su matrimonio y aprecian mucho más los detalles que tiene su pareja. Quizá para algunos su matrimonio ha mejorado con el pasar del tiempo.

Al pensar de nuevo en el foco de atención de los diversos estudios que se han realizado sobre los matrimonios de larga duración, y considerando los resultados del presente, se puede decir que existen ciertos elementos que son vitales para la estabilidad y el desarrollo de un matrimonio: 1) tener una cultura de pareja, 2) estar comprometido con la relación, 3) comprensión y 4) aceptación de la pareja.

En todo momento de la vida las relaciones de pareja son importantes, por ello la edad no debe ser una barrera que impida la evolución del sentido de nosotros. Es una etapa de vida para la pareja con nuevas expectativas y experiencias que pueden ser tan placenteras como las etapas anteriores. El estudio refleja que la construcción que se tiene sobre el matrimonio es saludable y positivo. Se entiende que este estudio es el inicio para el desarrollo de futuras investigaciones en las que se pueda profundizar sobre las diversas temáticas que atañen al mundo de la pareja en matrimonio de larga duración.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, K.R., R. BLIESZNER, K.A. ROBERTO, E.B. FARNSWORTH y K.L. WILCOX (1999). "Older Adults and Their Children: Family Patterns of Structural Diversity". *Family Relations* 48: 151-157.
- ANDER-EGG, E. (1995). *Técnicas de investigación*. Buenos Aires: Humanitas.
- BACHAND, L., y S. CARON (2001). "Ties that Bind: A Qualitative Study of Happy Long-Term Marriages". *Contemporary Family Therapy* 23 (1): 105-121.
- BLIESZNER, R., y V. HILKEVITCH (1995). *Handbook of Aging and the Family*. Londres: Greenwood Press.
- CUBER, J., y P. HAROFF (1965). *The Significant Americans*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- CEPAL (2009). *El envejecimiento y las personas de edad: Indicadores socio-demográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Organización de Naciones Unidas.
- DÍAZ-LOVING, R. (1999). *Antología psicosocial de la pareja*. México: AMEPSO.
- FENELL, D. (1993). "Characteristics of Long-Term Marriages". *Journal of Mental Health Counseling* 15: 446-460.
- HENDRICK, S. (2004). *Understanding Close Relationships*. Boston: Pearson Education.
- KASLOW, F., y J. ROBINSON (1996). "Long-Term Satisfying Marriages: Perceptions of Contributing Factors". *The American Journal of Family Therapy* 24 (2): 153-173.
- KASLOW, F.W., y H. HAMMERSCHMIDT (1992). "Long-Term 'Good' Marriages: The Seemingly Essential Ingredients". *Journal of Couples Therapy* 3 (2-3): 15-38.
- KEMP, A., y J. KEMP (2002). *Older Couples: New Romances: Finding and Keeping Love in Later Life*. Toronto: Celestial Arts.
- KRIPPENDORF, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. 2a. ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- LAUER, R., J. LAUER y S. KERR (1990). "The Long-Term Marriage: Perceptions of Stability and Satisfaction". *International Journal Aging and Human Development* 31 (3): 189-195.

- LEVENSON, R., L. CARSTENSEN y J. GOTTMAN (1993). "Long-Term Marriage: Age, Gender and Satisfaction". *Journal of Psychology and Aging* 8 (2): 301-312.
- NINA, R. (2004). "Sabor a mí... Pareja y vejez". En *Familia y persona de edad mayor*, compilado por C. Sánchez (editor), 117-130. San Juan: Proyecto Atlantea.
- NINA, R. (2007). "Análisis psicosocial sobre las historias de amor". *Revista Puertorriqueña de Psicología* 18: 62-71.
- NOLLER, P., y J.A. FEENEY (2006). *Close Relationships: Functions, Forms and Processes*. Nueva York: Psychology Press.
- NOLLER, P., y M.A. FITZPATRICK (1993). *Communication in Family Relationships*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- NUSSBAUM, J.F. y J. COUPLAND (editores) (2004). *Handbook of Communication and Aging Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- PARKER, R. (2000). "How Partners in Long-Term Relationships View Marriage". *Family Matters* 55: 74-88.
- ROJAS, E. (1997). *El amor inteligente*. Buenos Aires: Planeta.
- SÁNCHEZ, C. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- SHARLIN, S., F. KASLOW y H. HAMMERSCHMIDT (2000). "Methodology and theoretical perspectives". En *Together through Thick and Thin: A Multinational Picture of Long-Term Marriages*, 14-27. Nueva York: The Hawthorn Press.
- VANGELISTI, A., y D. PERLMAN (2006). *Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Nueva York: Cambridge University Press.

CUERPO, SUBJETIVIDAD Y CONSTRUCCIÓN
DE IDENTIDAD EN LA VEJEZ AVANZADA:
EL CASO DE LOS ADULTOS MAYORES
FÍSICAMENTE DEPENDIENTES

María Concepción Arroyo R.
María Guadalupe Salas M.

INTRODUCCIÓN

El campo de la investigación sobre el cuerpo ha adquirido relevancia en tiempos recientes; como resultado, el número de análisis teóricos y empíricos se ha ido incrementando en las últimas décadas. En lo que se refiere a los enfoques teóricos, se distinguen con mayor importancia los marcos psicoanalíticos, médicos y sociológicos. Al cuerpo se lo vincula principalmente con la salud y la enfermedad, con la subjetividad, con el género y con la estética, aspectos que cobran interés cuando existe consenso en torno al carácter cultural, simbólico y constructivista de este tema de estudio (Pedraza, 2007). Por su parte, M. Baz (2000), E. Gailende (2004) y J.P. Sartre (1996) coinciden en que el cuerpo, el alma y la vida social constituyen una misma unidad de la existencia humana; es decir, cuerpo y mundo se dan simultáneamente, el cuerpo es la representación de las posibilidades del sujeto, cada movimiento corporal expresa interrelación con el otro y con los otros. Por medio del cuerpo podemos comprender, darle un significado y relacionarnos con el mundo; el “cuerpo vivido” es un sistema de acciones posibles consigo mismo y con los demás (Merleau-Ponty, 1975). En el caso de este estudio, se explora la dimensión subjetiva del cuerpo en la vejez y su relación con la conformación de la identidad individual y social en los partici-

pantes de un estudio cualitativo más amplio denominado: “Dependencia y cuidados en la vejez avanzada de hombres y mujeres en la ciudad de Durango (México). Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades”. Por lo tanto, este trabajo da cuenta de la representación del cuerpo que tienen las personas de edad avanzada que se encuentran en condiciones de dependencia física y falta de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.

En la vejez, al cuerpo se lo relaciona principalmente con la enfermedad, la falta de capacidades, el deterioro y la finitud material de la entidad que representa. En nuestro estudio, la discapacidad y la dependencia física, como consecuencia de la enfermedad crónica, producen un cuerpo frágil de los ancianos, cuyas imágenes se construyen en torno al dolor, a la falla y/o a la deficiencia. Los cuerpos de los ancianos “ya no responden”, han perdido la capacidad de satisfacer las mínimas necesidades de la vida diaria y dependen de otros para sobrevivir. La experiencia de pérdida de la capacidad física afecta de manera importante no sólo el cuerpo de los viejos, sino también su identidad, su percepción de sí mismos.

El análisis de los significados del cuerpo se centró, en los participantes, en torno a la relación discurso/enfermedad/representación del cuerpo, en los cuales destacaron aspectos subjetivos (imágenes, representaciones) y aspectos objetivos (enfermedad, limitaciones funcionales). El uso de metáforas para expresar la imagen corporal y representarla da cuenta de la percepción que tienen de su cuerpo enfermo y la constante lucha con un “ideal” del cuerpo que predomina de manera hegemónica en nuestra cultura y que ellos han dejado atrás hace muchos años.

ANTECEDENTES

Las enfermedades que causan mayor deterioro físico a las personas mayores son las que se consideran crónico-degenerativas. Dichos padecimientos van produciendo un cuerpo discapacitado, inhabilitado para responder a las necesidades básicas y que presenta “fa-

llas” que impiden a los adultos mayores desempeñarse por sí mismos en el mundo de su vida cotidiana. Esto se vive como una serie de pérdidas que, a medida que avanza la enfermedad y la dependencia, se reflejan principalmente en el cuerpo, el cual se convierte en una señal inequívoca del paso del tiempo y del deterioro consecuente, pero también hay repercusiones en la esfera psíquica y en la dimensión social. De hecho, la vejez “habla” a través del cuerpo; y una vez que habita en éste, produce inquietud y ansiedad. En este estudio, la enfermedad crónica, el envejecimiento y la presencia de discapacidad física hacen del cuerpo frágil de los ancianos su principal instrumento; como dice Herzlich: el lenguaje de la enfermedad es el lenguaje del cuerpo (citado en Castro, 2000), y si esta enfermedad produce incapacidad para el movimiento corporal, dicho cuerpo se constituye en la evidencia más clara del deterioro y los efectos son fatales; en mayor o menor medida, nadie escapa de eso (Beauvoir, 1970), pues muchos de estos sujetos entran en una condición de vulnerabilidad.¹

Es así que, en los países desarrollados, el porcentaje de la población mayor de 65 años con problemas de dependencia grave se sitúa entre un 10% y un 20%; esta cifra se multiplica por tres o por cuatro en los mayores de 80 años (Pérez y Yanguas, 1998); por ejemplo, en Estados Unidos de América, se calcula que del 3% al 6% de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en ese país presentan dificultades para realizar al menos una actividad, y que ese porcentaje es de 10% a 20% en personas de 75 años y más (OPS, 2006). En los países que integran el grupo de la OCDE (2006), el número de las personas mayores de

¹ Nos referimos aquí no sólo a un tipo de vulnerabilidad física, sino también social, con base en el análisis de los indicadores de la Encuesta Nacional de Discapacidad en España que hacen C. Ferrante y M. Ferreira (2008), quienes plantean que el grupo de población que presenta discapacidad se encuentra en una situación de vulnerabilidad social. Por otra parte, dicha vulnerabilidad social, según R. Castel (1997), conduce a quienes la padecen a ocupar bajas posiciones en el espacio social.

80 años crece más rápidamente y con ellas el deterioro físico que les impide la autonomía y la funcionalidad. Es decir, la dificultad para realizar las funciones básicas aumenta con la edad y se presenta en mayor proporción en las mujeres (OPS, 2006), por lo que los recursos humanos y materiales dirigidos a la atención de la dependencia en los mayores se han constituido en un asunto por resolver en el futuro inmediato en los países desarrollados (Jacobzone, 1999; Kim y Kim, 2004; Pérez, 2000; IMSERSO, 2006; Casado y López, 2001).

En México, a la par que aumenta la esperanza de vida en la población mayor, también se incrementa el riesgo de tener problemas de salud. En un estudio realizado por Gomes (2006), quien toma datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001), así como de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), encontró que las enfermedades más frecuentes en las edades avanzadas son la hipertensión, la artritis y la diabetes. La hipertensión arterial ocupa el primer lugar, afectando a 31% de los hombres y 50% de las mujeres, seguida por las enfermedades reumáticas, que afectan al 24.2% de los hombres y 28% de las mujeres. Después viene la diabetes, que se da en el 14.6% de los hombres y en el 17.8% de las mujeres.

Otra fuente más reciente muestra cierta variación en el panorama de salud de los mayores. Padecimientos como la diabetes y la hipertensión arterial son problemas de salud que se presentan en un mayor número de adultos y adultas mayores. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes e hipertensión arterial son enfermedades relevantes en la población entre 60 y 69 años según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). En un buen número de casos, las enfermedades crónicas afectan la realización de las actividades básicas de la vida diaria y generan discapacidad y dependencia.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001), el 15% de las personas de 60 años y más experimenta limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y el 13% en las actividades instrumentales de la

vida diaria; de esta población, son las mujeres quienes en mayor medida presentan dichas limitaciones. Otro dato de interés es que el 53% de los adultos mayores de 80 años y más presenta problemas en las actividades mencionadas (Montes de Oca, 2007).

Pero, más allá de las cifras, es importante rescatar el sentido de la experiencia vivida a partir de la prolongación de la vida y la presencia de enfermedades de larga duración con un progresivo deterioro y desgaste del cuerpo. En esta óptica, es necesario dirigir la mirada a los significados que esta experiencia tiene en los actores, ya que además de los hombres y mujeres con discapacidad, están quienes los cuidan y atienden. Las acciones de cuidado se dirigen en mayor medida al cuidado del cuerpo, pues es en él donde se representa la enfermedad, pero también hay que atender la cuestión emocional y cognitiva, que es donde surgen los significados de una experiencia aniquilante y destructiva que limita su posición en el mundo.²

ENCUADRE TEÓRICO

El cuerpo como unidad de análisis ha sido objeto de distintas miradas disciplinarias: la medicina, el psicoanálisis, la antropología, la estética y la sociología han aportado diversas explicaciones. El cuerpo que nos interesa analizar en este trabajo no es el cuerpo biológico, sino el cuerpo subjetivo y su relación con el cuerpo social, es decir, los significados sociales que están ligados a la representación de la imagen corporal en la vejez avanzada.

² C. Ferrante y M. Ferreira (2008) siguen las propuestas teóricas de Pierre Bourdieu al plantear que la posición de un agente en el espacio social, y específicamente en el contexto de las sociedades capitalistas, se determina por su trayectoria social ascendente o descendente y por sus propiedades corporales, sean éstas socialmente elogiadas o estigmatizadas (Bourdieu, 1991; en Ferrante y Ferreira, 2008). En este sentido, dichos autores plantean que la posesión de una discapacidad o, más precisamente, de un cuerpo discapacitado, implica para quien la padece una desposesión en términos de capital simbólico, que se traduce y expresa de manera práctica en limitaciones en su capacidad de manipulación tanto de su propio cuerpo como del espacio físico.

En ese sentido, sin pretender hacer una revisión profunda de los estudios sobre el cuerpo, se introducen algunos referentes teóricos que ponen énfasis en los aspectos subjetivos y simbólicos, es decir, en la subjetividad individual y en la subjetividad social, relacionados con el cuerpo y la discapacidad.

Enfoque psicoanalítico

La interpretación psicoanalítica destaca que cada individuo elabora una narrativa del cuerpo, una “novela corporal” a partir de la forma en que va enfrentando y elaborando los cambios de su realidad corporal—que pueden ir desde la pérdida de un miembro, enfermedades o cirugías, eventos excepcionales—, hasta las inevitables transformaciones de las etapas del curso de vida, como es la pubertad o la vejez (Baz, 2000: 42). Por otra parte, Freud y Ferenczi (citado en Iacub, 2007) aportan el concepto de “externalización”, cuando, por el deterioro, pérdida o limitación de un miembro o parte del cuerpo, el sujeto deja de percibirlo como algo que es parte de sí; es decir, lo percibe como algo ajeno, cosificado.

Iacub incorpora también planteamientos de Veysset y Maisondieu para interpretar la configuración de la imagen del cuerpo en la vejez. Veysset (citado en Iacub, 2007) por ejemplo, introduce el concepto de “cuerpo disociado” en el que se identifica al cuerpo en la vejez, que ha perdido la capacidad de crear imágenes y de resolver un conflicto de identidad. Según Maisondieu (citado en Iacub, 2007), en la vejez aparece una desintegración del sí mismo ante una imagen corporal deteriorada que lo remite al pensamiento de la muerte. Esta perspectiva le da una especial importancia al lenguaje-discurso, pues a través de éste, el cuerpo se introduce en el mundo simbólico, se constituye en un código en el que se valora la posibilidad de experimentar, de sentir, dentro de un orden social. Todo ello nos conduce al reconocimiento de una “naturaleza” del cuerpo como efecto de una actividad histórica y cultural (Baz, 2000: 98-99).

Perspectivas sociológicas

a) Enfoque sociohistórico

Desde esta perspectiva, Iacub (2007) analiza la presencia de violencia en las formas en que los griegos y romanos representaban el cuerpo en la vejez, y en consecuencia, la añoranza de la juventud que da cuenta de una conjugación de la identidad que resultaría alterada por el envejecimiento. Por otro lado, Simone de Beauvoir (1970) plantea que en la vejez, aun con presencia de enfermedades, es frecuente negar algunas de las señales del padecimiento, en cuanto se cree que hay posibilidad de detener el envejecimiento o de recuperarse. Aunque la invalidez debida a una enfermedad crónica progresiva o a un accidente es por lo general irreversible, la autora plantea que el peso del cuerpo cuesta menos que la actitud que se adopte ante ello, de tal forma que el impacto sobre el cuerpo que tiene la enfermedad en la vejez no sólo se inscribe en el deterioro físico, sino también en la representación subjetiva que se tiene de él. El cuerpo representa “una forma diferente de ‘estar en el mundo’, una forma de existencia caracterizada por una permanente pérdida del sentido de integridad con que los individuos normalmente se experimentan a sí mismos y una disminución en el campo de las certidumbres con que los individuos normalmente viven” (Toombs, citado en Castro, 2000: 111). Esta forma de vivir la vejez con enfermedad impacta fuertemente en la imagen de sí mismos como sujetos, a través de la visión y la percepción del cuerpo, es decir, impacta en su identidad.

b) Enfoque genealógico

Desde el punto de vista de la teoría social, Michael Foucault (1977), con su enfoque genealógico, ha hecho importantes aportes para la explicación del papel que tienen los cuerpos en un contexto sociopolítico, destacando los efectos del poder en él.

Sus estudios sobre la sexualidad, la prisión y las instituciones médicas y de asilo, se interesaron en la construcción de una micropolítica de la regulación del cuerpo y una macropolítica de las poblaciones (Turner, 1994). Los conceptos de biopoder y biopolítica son relevantes en la postura de Foucault. Desde la perspectiva foucaultiana, el cuerpo se crea a través de redes discursivas y el interjuego de relaciones de poder, a las cuales la aplicación del discurso da origen. Foucault reconfiguró la noción del *self* para continuar con un *self* más activo, que trasciende; un sí mismo que es obstinado y puede configurarse para realizar actos de resistencia (Tulle y Mooney, 2002). La noción foucaultiana de poder también es aplicable a los cuerpos enfermos y discapacitados, pues la fuerza de los discursos sociales acerca de este fenómeno repercute fuertemente en la experiencia individual subjetiva de los adultos mayores. Como dice J. Bover (2009: 26), el sujeto reconoce su subjetividad en las palabras, en el discurso; nombra su cuerpo con el poder fundador de la palabra.

c) Perspectiva interaccionista

Desde el interaccionismo simbólico, las formas de representación subjetiva del cuerpo, en los ancianos con discapacidad, integran lo que E. Goffman (2006) denomina “signos corporizados”³ de un cuerpo acabado y deteriorado. Dichos signos son reveladores de estigma social y dan cuenta de una parte central de la identidad del *self*. Otro planteamiento similar es la idea de que el cuerpo se constituye en la parte ontológica del envejecimiento, en función de que cualquier manifestación de fragilidad, como una herida, una enfermedad o el surgimiento del envejecimiento biológico, es una amenaza que afecta el sentido del sí mismo (Tulle, 2008).

Dentro del imaginario colectivo hay una resistencia social e individual al envejecimiento debido al deterioro del cuerpo; hay

³ Con signos corporizados, Goffman se refiere a aquellas deformaciones en el cuerpo que limitan su adecuado funcionamiento.

una falta de aceptación por la declinación de las facultades, ya sean físicas o mentales. Surge el miedo a envejecer, amortiguado por las esperanzas que se depositan en la ciencia médica, en las promesas del conocimiento científico, que mantiene la expectativa de curar las enfermedades degenerativas asociadas al aumento de la esperanza de vida (Olvera y Sabido, 2007). En la vejez, la enfermedad sitúa al cuerpo en una escena central; a su vez, las representaciones que se hacen de la imagen corporal entran en fricción con cierto “ideal del cuerpo perfecto”, sin grietas y sin fallas, que circula de modo más hegemónico en nuestra cultura (Vaggione, 2007).

d) El construccionismo social

En el enfoque socio-construccionista, el cuerpo en la vejez se representa mediante un discurso del déficit por la presencia de la enfermedad y del deterioro del cuerpo. Como consecuencia de ello surge una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima y la seguridad a partir del abandono de roles sociales y familiares. Los discursos del déficit se construyen a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad, y son compartidos por los profesionales de la salud, por la sociedad y por los propios participantes (Gergen, 2006). Las representaciones del cuerpo coexisten y se entremezclan en la medicina; los discursos médicos del cuerpo son producto de la sociedad, y orientan conductas y producen efectos sobre ella. Si bien en la actualidad el discurso médico no es el único en relación con la salud y la enfermedad, no podemos evitar el hecho de que con frecuencia no seamos capaces de hablar de nuestro cuerpo y de su funcionamiento sin recurrir al vocabulario médico. No obstante, en el saber acerca del cuerpo están implícitos tanto discursos como prácticas científicas, religiosas y populares que definen dónde empieza y termina la enfermedad (Olvera y Sabido, 2007). La biografía de los viejos con un cuerpo enfermo, según los autores citados, está

matizada por el temor y la vulnerabilidad ante la declinación de la productividad, por la precariedad de un cuerpo que ya no responde a las demandas mínimas de la autonomía y la independencia. También se ven amenazados por la incertidumbre frente a un futuro que le augura la finitud de su propia existencia, la cual se representa mediante la objetividad del cuerpo. Todos estos elementos objetivos y subjetivos van configurando la identidad de los hombres y las mujeres de edad avanzada.

De las teorías revisadas, en este trabajo se pone mayor énfasis en los aportes del construccionismo social, dada la importancia que le asigna al lenguaje-discurso en la construcción de la subjetividad, y en la forma en que éste representa la realidad social.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la representación del cuerpo de los adultos mayores que presentan enfermedad y dependencia física?

¿Cómo se construye la subjetividad a partir de los discursos que los ancianos hacen sobre su propio cuerpo?

METODOLOGÍA

Los resultados del presente trabajo forman parte de una investigación más amplia. Dichos hallazgos se relacionan con el análisis de la dimensión subjetiva del cuerpo en la vejez y su relación con la conformación de la identidad individual y social en los participantes. El trabajo se realizó bajo la perspectiva cualitativa. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista en profundidad y la observación participante; asimismo, se aplicó un cuestionario para indagar la condición de salud y los datos sociodemográficos de los sujetos participantes, el cual se aplicó en el trabajo de campo desarrollado durante el segundo semestre de 2008 y el primer trimestre de 2009. La muestra se constituyó con 20

adultos mayores de 70 años, de los cuales 11 fueron mujeres y nueve varones con limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y que radican en la ciudad y municipio de Durango, México. El reclutamiento se llevó a cabo a través del contacto con personal responsable de programas y servicios de atención a la población mayor en unidades médicas del sector salud. Se buscó la mayor heterogeneidad en cuanto a condiciones socioeconómicas y distintas enfermedades crónico-degenerativas. El análisis de los datos se realizó con el programa para datos cualitativos Etnograph (versión 5.0). La expresión de la subjetividad de cada entrevistado dio la oportunidad de identificar conceptos relacionados, frases similares, relaciones existentes, identificación de patrones, secuencias y diferencias que permiten la inclusión de categorías emergentes y subcategorías, para obtener una mejor lectura del fenómeno de estudio y elaborar un listado y un mapa de códigos (Hernández y González, 2000; González, 2007). La lista y el mapa de códigos integrados en las categorías posibilitaron la aparición de ciertos *themas o themata*⁴ (Rodríguez, 2007), que son temas persistentes con un poder generador por la diversidad de contenidos concretos que pueden desplegar en función de contextos específicos. Dicho de otra manera, esos *temas* de los ancianos refirieron imágenes y creencias relacionadas con la imagen del cuerpo en la vejez avanzada. Las categorías que se construyeron para el análisis, aunque relacionadas con un tema común, como es la identidad subjetiva, son distintas porque cada sujeto participante tiene un discurso único. Los discursos reflejan aspectos de una identidad que se muestra de manera racional, coherente, pero también en un plano meta-

⁴ El concepto de *themata* ha sido instituido por Moscovici y Vignaux (citado en Rodríguez, 2007). En palabras de Rodríguez, es útil para interpretar la centralidad de los componentes de una representación cualitativamente. Los *themata* son contenidos *potenciales* que provienen de la memoria colectiva y el lenguaje, que a su vez impulsan la elaboración de contenidos *reales*.

fórico; es posible interpretar el material biográfico desde lo empírico, pero también desde lo teórico.

RESULTADOS

Como ya se dijo en el marco teórico, hay un discurso del déficit para denominar a la vejez y a los que envejecen, utilizado no sólo por los profesionales de la salud, sino también por la sociedad. Este discurso se construye a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad (Gergen, 2006). En los ancianos, el discurso del déficit emerge tanto por la enfermedad como por el deterioro del cuerpo; a partir de ello surge una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima y la seguridad a causa del abandono de roles sociales y familiares. La serie de pérdidas que se van presentando a medida que avanza la enfermedad se reflejan principalmente en el cuerpo, el cual se convierte en una señal inequívoca del paso del tiempo y del deterioro consecuente. El cuerpo en la vejez avanzada se constituye, para los ancianos, en la evidencia más clara del deterioro y la discapacidad, y los efectos son fatales; en mayor o menor medida, nadie escapa de eso (Beauvoir, 1970). Como ya se dijo, en la vejez el cuerpo habla de carencias, de pérdidas, de dolencias y fallas, que producen emociones poco gratificantes en los mayores. En nuestro estudio se confirma que la triada envejecimiento-enfermedad crónica-discapacidad representa los signos más notables en los cuerpos frágiles de los ancianos, lo cual coincide con la premisa de Herzlich: el lenguaje de la enfermedad es el lenguaje del cuerpo (citado en Castro, 2000). Identificamos que el discurso predominante, no sólo entre los viejos, sino entre los profesionales de la medicina, entre los miembros de la familia y más allá, en el discurso social, es el que hace alusión a una imagen devaluada, a una identidad deteriorada de los hombres y mujeres que cursan la vejez avanzada (cuadro 1).

Los datos muestran, por una parte, la fisiología presente en la vejez y la historia de la enfermedad crónica degenerativa, son as-

pectos que hacen evidente la vulnerabilidad de los viejos, pues se relacionan directamente con el grado de deterioro que éstos van adquiriendo, limitándolos gradualmente en la realización de sus actividades cotidianas. Por otra parte, esta vulnerabilidad física crea representaciones del cuerpo que configuran nuevas identidades en los adultos mayores. A continuación rescatamos, a través de las narrativas, las categorías que fueron más relevantes para el análisis.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

El “viejo” y su viejo cuerpo

Las imágenes del cuerpo en los ancianos se construyen en torno al dolor y a la falla o deficiencia. Sus cuerpos “ya no les responden”, han perdido la capacidad de satisfacer las mínimas necesidades de la vida diaria, dependen de otros para ello. Lo anterior es vivido por los entrevistados como una serie de pérdidas físicas que afecta de manera importante su identidad, su percepción del sí mismo (Tulle, 2008).

Rosa María expresa su percepción acerca del cuerpo:

no tiene mucho me pusieron el oxígeno, duré tres días con suero, mire, pues me controlé otra vez; ya decía yo que era el final y no, pero ya mi cuerpo yo misma lo siento “acabado”, ya que no tengo fuerzas... porque pues con no comer... (86 años, padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Juan Lorenzo:

[...] quisiera poderme mover bien, poder seguir trabajando, poder hacer algo mejor y sobre todo tener capacidad para hacer mis cosas [...]; no pues cuando no tiene uno la misma movilidad, la misma forma pues de hacer las cosas, como quiera aún en la vejez se me olvidan muchas cosas y pues no es igual, pero sí es bonito estar haciendo algo... cuando se puede... (83 años, padece cáncer de colon).

CUADRO 1
ENFERMEDADES QUE PROPICIARON LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN LOS PARTICIPANTES

| <i>Nombre del adulto mayor</i> | <i>Enfermedad/padecimiento</i> | <i>Comorbilidad</i> | <i>ABVD que realiza con ayuda</i> |
|--------------------------------|--|---|--|
| Ma. Dolores | Artritis/osteoporosis (fractura por caída) | Depresión/insomnio/gastritis | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| Rigoberto | Diabetes | Enfermedad prostática/problema cardíaco/gastritis | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| María Santos | Problema de columna | Artritis/bronquitis | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| Roberto | Problema de columna (caídas) | Enfermedad prostática/depresión/problema cardíaco | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| Juan Lorenzo | Cáncer de colon | Parkinson | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| Rosa María | Asma (EPOC) | Arritmia | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario |
| Cosme | Problema de columna | Hipertensión/artritis, úlceras en piernas | Caminar por la habitación, bañarse, ir al sanitario |
| Rosalba | Parkinson | Hipertensión/artritis | Bañarse, vestirse, ir al sanitario, levantarse de la cama |
| Eulogio | Cáncer de páncreas | Úlceras en cadera | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí mismo |

| | | | |
|-----------|----------------------------------|---|--|
| Jorge | Parkinson | Diabetes/hipertensión/ enfermedad prostática | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Leonel | Embolia | Bronquitis crónica | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí mismo |
| Genoveva | Cirrosis hepática | Diabetes/problemas renales | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Pablo | Insuficiencia renal | Problemas de la columna/ secuelas de una embolia | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Imelda | Parkinson | Fractura de cadera | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Ana María | Caída | Tromboflebitis | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Irene | Cáncer | Fractura de cadera | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Consuelo | Caída | Gastritis/problemas pulmonares/insomnio | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Abelardo | Leucemia | Diabetes/herpes | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| Ma. Elena | Mielopatía cervical/cuadriplejía | Hernia de disco/hipertensión/gastritis | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí misma |
| Rosenda | Caída | Diabetes/hipertensión arterial/arritmia | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |

Fuente: cuestionarios.

En los participantes, la carencia de fuerza en el cuerpo y el no realizar cierto trabajo/actividad constituyen un valor que, por no poseerlo, los devalúa (Bourdieu, citado en Ferrante y Ferreira, 2008) y que los conduce a desconfigurar su identidad, a la vez que los excluye de un contexto social en el que sólo tienen cabida los cuerpos que son útiles y productivos (Tulle, 2008).

El cuerpo medicado

Para los ancianos, el cuerpo también sufre deterioro por deficiencias en la alimentación. Ellos dejan de comer adecuadamente en parte por las dificultades para digerir ciertos alimentos, también por desgano y apatía provocados por el mal estado de salud y por la ingesta excesiva de medicamentos, entre otros. Los ancianos manifiestan que el exceso de medicamento daña su estómago, de tal forma que surge la representación de un cuerpo que está siendo agredido a través de la medicación prescrita para disminuir las manifestaciones biológicas producto del inevitable declive (Tulle, 2008). Veamos el siguiente relato:

Ana María: [...] hace poquito, ahora que me puse mala un dolor tan fuerte, y vino el doctor y me dio medicina y se me fue calmando, pero pues tanta medicina, oiga, ya años... Investigador: ¿Ya no quiere tomar pastillas? Ana María [...] no... que dijeran “ya no se las tome”, pero ya se irá a llegar el día que ya no..., el estómago no aguanta tanta pastilla, pero bueno, ya mi padre Dios me dio muchos años de vida... (90 años, padece tromboflebitis).

Los modos de control que los tratamientos médicos imponen presentan límites difusos entre lo recomendable, lo seguro y lo saludable, por un lado, y la percepción del sujeto que los recibe, por el otro, el cual en muchas ocasiones los identifica como formas de agresión que vulneran su cuerpo.

El cuerpo excluido

Otro dato de interés para este análisis son las limitaciones de algunos participantes para tener acceso a los servicios públicos de salud que atienden la enfermedad que aqueja a su cuerpo, sobre todo por carecer de los recursos económicos necesarios para hacer frente a los costos de la medicina y la atención médica. Dichas personas son poseedoras de cuerpos sin salud, enfermos y lastimados; son, como dice P. Lisdero (2009), cuerpos excluidos, expulsados de un sistema de salud por no estar adscritos a los programas de seguridad social. La narrativa de una hija cuidadora deja claro que los ancianos (y sus cuerpos como parte de ellos) también son objeto de exclusión; los siguientes son dos ejemplos:

[...] comencé a repartir solicitudes [de trabajo] donde sea, para poder tener seguro médico [...] porque esta enfermedad [de su madre] ya es muy constante de hospitalización, entonces, ya no puedo yo estar pagando, por poquito que sea... ya no puedo estar pagando seguido, seguido, seguido... la quise meter al Seguro Popular... pero no se pudo... no se pudo... que ahorita no hay inscripción... (Tina, 38 años, hija cuidadora).

[...] No, mire, eso es lo que más me queda a mí... eso [llora] lo que siento es que se haya muerto sin la última atención; yo le diré que en verdad yo no tenía dinero. Tengo ahorita, pues situaciones que haga de cuenta que llega la pensión y así como llega se me va en los compromisos que tengo; entonces, si yo les hablo [a los hermanos] desde las ocho y media, si la están viendo... ¿Por qué ellos que son los mayores, por qué no dicen “sabes qué, vamos a llevarla a algún lado”? (Rosario, 48 años, hija cuidadora).

El cuerpo como carga

En otra visión de la imagen corporal, los relatos de los ancianos muestran un panorama de total pasividad y dependencia, al trans-

ferir el manejo de sus cuerpos a los cuidadores. Se trata de cuerpos sin salud, cuerpos que están incapacitados para realizar funciones básicas, cuerpos que tienen que ser movilizados por otros, trasladados de un lugar a otro. En este contexto surge la metáfora del cuerpo como “carga”. Esta percepción de “ser una carga” implica no sólo al cuerpo físico, sino al cuerpo social que la vejez representa. El concepto de “carga” surge como una idea de sí mismo que configura la identidad. Al sentirse de esta manera, se ponen en juego elementos cognitivos y afectivos que a su vez generan formas de actuar.

Sí, *me paran* aquí al tanteo... *me paran y me sientan* en una silla y ahí me estoy hasta que vienen, y *me levantan* de la silla y me vuelven a subir aquí arriba de la cama, ¿pues, a dónde me llevan? [...] Aquí a la cama... cuando *me levantan* me duele tanto la pierna como no tiene una idea (Imelda, 78 años, padece mal de Parkinson).

Casi no salgo [*del cuarto*]... a veces cuando *me bañan, me llevan* al baño, cuando... quiero ir al baño *me llevan y me traen* otra vez... y ésa es mi vida; hay veces que *me ponen* la tele... pero me lloran los ojos, me lagrimean a veces y me molesta, y por eso a veces no la veo, y a veces sí, un ratito nomás (Ma. Dolores, 93 años, padece artritis y depresión).

La experiencia de estar a cargo de otro (generalmente una cuidadora, que puede ser la hija o la esposa) implica que el cuerpo ya no cuida de sí mismo, que está bajo el cuidado de alguien; se trata de un cuerpo *custodia*,⁵ pues es indispensable el cuidado

⁵ Seleccionamos la palabra custodia para hacer una metáfora de los cuerpos que están bajo el cuidado de una persona de la familia, quien es responsable de mantener el cuerpo en condiciones adecuadas de subsistencia, esto es, realiza acciones de cuidado. La custodia del cuerpo, según Lisdero (2009), tendría que estar a cargo de una clínica o institución de salud, pero cuando no es así, pasa a estar bajo la responsabilidad del cuidador. En otro sentido, la palabra custodia nos remite a seres que no pueden hacerse cargo por sí mismos

para su funcionamiento y supervivencia. En algunos casos, además del cuidador, los ancianos se valen de instrumentos que les permiten un mínimo funcionamiento sin ayuda de un cuidador, como el bastón, la silla de ruedas, las muletas, los aparatos visuales y auditivos, entre otros: “ande... si no fuera por mi silla [de ruedas], no podría ni asomarme al patio a ver mis plantas, la luz del día, imagínese...” (María Elena, 70 años, padece mielopatía cervical).

La vergüenza del cuerpo

Por otro lado, el sentimiento de vergüenza, que se produce a partir de la exhibición de su cuerpo ante el personal de salud o ante los cuidadores, en lo que se refiere a los “cuidados íntimos”, es inevitable. La vergüenza surge no sólo por mostrar a los demás su genitalidad, sino porque todo su cuerpo presenta los signos de la vejez; no es lo mismo mostrar un cuerpo joven que un cuerpo envejecido; como dice Baz (2000: 111): “se desencadena sin cesar una ‘vergüenza del cuerpo’ en quienes no viven espontáneamente el modelo corporal propuesto”, es decir, el cuerpo que posee juventud, fuerza y estética.

Esta experiencia también está impregnada de cuestiones de género, de generación y de parentesco; no es lo mismo los cuidados del cuerpo por alguien del mismo sexo que del sexo opuesto; por alguien que además de ser de diferente sexo, es de otra generación, y finalmente, por alguien que no tiene un parentesco cercano con el enfermo. El significado de recibir cuidados de un familiar cercano, del mismo sexo y de la misma generación (por ejemplo, un marido cuidado por su esposa, y viceversa), tiene importantes implicaciones en lo que se refiere a la confianza que se genera en la relación entre el que da el cuidado y el que lo recibe.

de su supervivencia. En este caso, los cuerpos enfermos, discapacitados, muestran incapacidad para funcionar por sí solos; entonces pasan a estar bajo la custodia de los cuidadores, ya sea en la familia o en las instituciones de salud.

Pues no sé... porque yo me acuerdo que yo también “navegué” a mi papá, pero cuando duró el internado en el seguro y yo trabajaba y me quedaba con él y lo “navegaba”... yo me acuerdo que él lloraba, que quería que mi mamá estuviera; pero a mi mamá la operaron, ella ya no supo cuándo se murió mi papá, hasta después, entonces... que les tiene que poner uno el cómodo, o sea todo, y él lloraba, se le salían sus lágrimas; decía: —¡Ay, hijal, fíjate nada más, tú que me vas a conocer como soy, porque pues tu madre está tan enferma y tú tienes que... —y le ponía unos supositorios; de primero lloraba y no se dejaba que se lo pusiera, porque le daba mucha vergüenza, ¿y cómo lo hace uno? (Quica, 63 años, hija cuidadora).

Pues mire, mis hermanas casi no ayudan, trabajan y están casadas; entonces... además, ella no acepta que la cambie [de ropa] o que la bañe nadie, más que yo...; a veces viene mi cuñada, pero ¡ya mero que se va a dejar [su madre enferma] que la cambie!... No... ¡ni en sueños! No es la misma confianza... de plano, no... (Patricia, 54 años, hija cuidadora).


El enojo hacia el cuerpo

Otra emoción que surge ante las limitaciones del cuerpo enfermo es la del enojo. Cuando en los ancianos surge la expresión de enojo, se debe principalmente a que no pueden cumplir con expectativas de funcionamiento que antes sí podían realizar. Veamos la narrativa de Jorge: “Pues a veces reniego; reniego conmigo porque yo era un hombre ágil y ahora estoy ‘maleado’, y me enojo conmigo porque quiero pararme y no puedo, y empiezo a gritarle a mis hijos o a la mujer...” (75 años, padece mal de Parkinson).

En este sentido, retomando a Simone de Beauvoir (1970), vemos en la narrativa de Jorge que el peso de la discapacidad en el cuerpo tiene menos impacto que la actitud que se adopte ante ello. El impacto de la enfermedad sobre el cuerpo en la vejez no

sólo se inscribe en el deterioro físico, sino en la representación subjetiva que se tiene de él. Tener un cuerpo “maleado”, como lo percibe Jorge, es tener un cuerpo que no es útil, productivo, autónomo e independiente, aspectos a los que se les asigna un gran valor social. En la figura siguiente se muestran las principales representaciones relacionadas con el significado del cuerpo en los participantes. Sus narrativas reflejan, por un lado, la configuración subjetiva de su yo, y por el otro, los elementos compartidos por un orden social que identifica al cuerpo de los viejos como algo que ha perdido su razón de ser.

FIGURA 1
NARRATIVAS DE LOS SIGNIFICADOS DEL CUERPO EN LA VEJEZ



| | |
|-------------------------|---|
| Imagen de su cuerpo | <ul style="list-style-type: none"> • Deteriorado • Enfermo |
| Emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto y autoestima devaluados • Tristeza, depresión, ansiedad |
| Sentimientos | <ul style="list-style-type: none"> • De ser una carga y de pérdida • Dificultades en la comunicación |
| Pensamientos | <ul style="list-style-type: none"> • Negativos |
| Creencias | <ul style="list-style-type: none"> • Improductividad • Ociosidad |
| Ideas | <ul style="list-style-type: none"> • Juventud: sinónimo de autonomía y autosuficiencia |
| Pérdida de su identidad | |

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La enfermedad, al igual que la vejez, no es una experiencia meramente fisiológica, ni se le puede asociar sólo al cuerpo físico. La vejez y la enfermedad son fuente de temor e incertidumbre para quien las vive. Esta percepción está condicionada en buena medida por el conocimiento que se produce en una determinada época y en un contexto social. Si bien en la actualidad hay un

discurso médico y político que habla de vivir una vejez con salud y bienestar, no deja de estar presente el discurso antagónico, aquel que pregona que la vejez es deterioro, enfermedad y disfuncionalidad, aspectos que inevitablemente se hacen evidentes en el *cuerpo*. La enfermedad aparece como una experiencia narrativa y como un acontecimiento capaz de insertar un orden de ideas que permiten discurrir sobre la vida y el cuerpo de otro modo (Vaggione, 2007). Según Baz (2000), la palabra del cuerpo arrastra un caudal de significaciones, pertrechadas en entramados afectivo-valorativos e histórico-culturales. Para la autora, adquiere importancia el material discursivo que surge alrededor del cuerpo al visualizarlo no como un fenómeno intrapsíquico, sino con el valor de una subjetividad colectiva de cara al universo cultural. Los hombres o las mujeres con falta de autonomía son poseedores de una identidad que refleja información de su individualidad, de su yo. Esta información que transmite la misma persona se expresa a través del cuerpo, ante quienes son los observadores de esta expresión (Goffman, 2006). Desde el interaccionismo simbólico, este autor considera “sociales” a todos los signos de información corporal que reúnen estas propiedades. En tanto estos signos sean accesibles frecuentemente y de manera regular, y sean percibidos rutinariamente, pueden recibir el nombre de “símbolos”. Para este autor existen “símbolos de prestigio” y “símbolos de estigma”; con estos últimos se refiere a los que se reflejan a través de “marcas” en el cuerpo (Goffman, 2006: 37). En la vejez avanzada, las “marcas” se reflejan mediante el deterioro en las funciones, la deformación de alguna de las partes del cuerpo y también mediante el uso de instrumentos que suplen algunas funciones básicas de los ancianos, como la silla de ruedas, el bastón, los aparatos auditivos, los lentes o los respiradores artificiales. Dichos instrumentos y dispositivos pasan a formar parte del esquema corporal y, por lo tanto, del cuerpo propio, en tanto se van asentando los rastros del pasado individual, pero, sobre todo, social (Bourdieu, citado en Ferrante

y Ferreira, 2008; Merleau-Ponty, 1975). Dicha marca desencadena una vergüenza del cuerpo, un estigma de la imagen corporal, en quienes ya no se apegan al modelo corporal propuesto, a una imagen predominante de un cuerpo joven, sano y competente (Baz, 2000; Goffman, 2006).

En este escenario, indudablemente, el envejecimiento del cuerpo representa una fuerte amenaza para la identidad de los participantes. Su autoconcepto, su sí mismo, parece irse diluyendo, desmoronando, de tal forma que es mejor ocultarlo (Bury, 1991). Se presenta entonces una “interrupción biográfica” como consecuencia de dejar de *ser* y de *hacer* lo que definía y sustentaba el concepto del yo (Bury, 1982). De este modo, la existencia de los ancianos se caracteriza por una pérdida constante del sentido de integridad de sí mismos, y por una disminución de la certidumbre con la que generalmente viven los individuos (Castro, 2000). Ahora bien, su identidad se reconstruye en función de la enfermedad, del deterioro y, en algunos casos, de la expectativa de la muerte, aspectos a los que les otorga una amplia diversidad de significados.

Un elemento que cobra importancia, cuando surge la enfermedad crónica en la vejez, es la autodevaluación de los participantes por ser personas dependientes, sin autonomía y carentes de las competencias físicas que les permitían formar parte del mundo social. El aislamiento y la estigmatización a que conduce la discapacidad produce lo que K. Gergen (2006) denomina el “discurso del déficit”, el cual se construye a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad, discurso que es reforzado por las profesiones que se orientan a la atención de la salud física o mental. La discapacidad y la deficiencia surgen de un mundo cultural, simbólico, donde paradójicamente el cuerpo discapacitado es percibido como algo que es lastimoso y requiere ser cuidado, pero que, por otro lado, genera rechazo, enojo, inconformidad en tanto que representa una experiencia no deseada.

El tiempo de la vejez y el contexto en que se produce responden a una dimensión normativa, es decir, se refiere a lo que

creemos apropiado o correcto, y las narrativas de los ancianos parecen confirmar que lo apropiado es la juventud, la capacidad de ser autónomo y autosuficiente. Ante la incapacidad de cuidar de sí mismos, los ancianos experimentan fuertes repercusiones emocionales debido a que se desmoronan su identidad, su autoestima y su autoconfianza, pues se ven obligados a abandonar roles sociales y familiares. En este sentido, como dice R. Lazarus (2000), habría que intentar comprender la lógica de las emociones, examinando cómo los objetivos, las creencias y la valoración de lo que está ocurriendo los lleva a experimentar tal o cual emoción y lo que subyace en ésta (Armon-Jones, 1986). El narrarse a sí mismo, cuando ya no se tiene un cuerpo con la capacidad de ser autónomo, refleja sentimientos que se “adecúan” a ciertas formas de sentir la vejez, cuyas expresiones de deficiencia se interpretan como un fracaso personal. Por su parte, A. Hochschild (2008: 127) argumenta que “lo social llega mucho más allá de lo que nuestras imágenes actuales nos llevan a creer, sino que existen patrones sociales del pensamiento propiamente dicho”. La visión que hombres y mujeres mayores tienen de su identidad corresponde a ciertas representaciones sociales dominantes, pero no necesariamente verdaderas, generalmente se basan en imágenes estereotipadas de la vejez asociada con el declive y la disfuncionalidad.

CONCLUSIONES

En la vejez avanzada no todo queda representado en el cuerpo. La subjetividad va más allá de un cuerpo agotado, deteriorado físicamente, de un cuerpo que ya no responde; la subjetividad se entreteje con pensamientos, sentimientos, ideas y creencias relacionados con el ideal del sí mismo pero también con los estereotipos, los mitos, así como las creencias culturales y socialmente establecidas. Como señalan Ferrante y Ferreira (2008: 422), la identidad social se ve naturalizada en tanto que el cuerpo que la porta es un producto social: a través de las formas de “llevar” el cuerpo se expresa la relación con el mundo social.

El cuerpo como unidad de análisis, en la vejez avanzada, puede ser explicado desde diferentes perspectivas teóricas, cuyos aportes permiten su comprensión; así se constituye en hilo conductor de lo subjetivo individual y del imaginario cultural o subjetividad colectiva. La asunción de los referentes teóricos mencionados conduce la investigación que nos ocupa a dar cuenta de las subjetividades y de los discursos que elaboran personas mayores dependientes. La enfermedad y la discapacidad forman parte de esos discursos y saberes, pues, coincidiendo con otros estudios, aquí se identifica al cuerpo como una construcción subjetiva. La enfermedad y su relación con el cuerpo, como lo señala Bover (2009), es más bien un hecho social, perteneciente al ámbito de las ciencias humanas, más que al de la biología o de la medicina.

Asimismo, coincidimos en que la representación del cuerpo en los actores de la vejez, de la enfermedad y de la discapacidad, no sólo habla de lo que se deja de ser, sino del significado de ser y estar como hombre o mujer de edad avanzada en el mundo y la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMON-JONES, C. (1986). "The Thesis of the Constructionism". En *The Social Construction of Emotion*, compilado por Rom Harré (editor), 32-55. Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.
- BAZ, M. (2000). *Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza*. México: Miguel Ángel Porrúa-PUEG.
- BEAUVOIR, S. DE (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
- BOURDIEU, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- BOURDIEU, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- BOVER, J. (2009). "El cuerpo: una travesía". *Relaciones* 19 (117): 23-45. Disponible en <www.colmich.edu.mx/files/relaciones/117/pdf/jorgelinaBover.pdf> (página consultada el 21 de octubre de 2010).
- BURY, M. (1982). "Chronic Illness as Biographical Disruption". *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167-182. Disponible en

- <www.sagepublications.com> (página consultada el 17 de marzo de 2009).
- BURY, M. (1991). "The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects". En *Sociology of Health and Illness* 13 (4): 451-468. Disponible en <www.sagepublications.com> (página consultada el 17 de marzo de 2009).
- CASADO, D., y G. LÓPEZ (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas a futuro*. Barcelona: Fundación La Caixa (Colección de Estudios Sociales, 6). Disponible en <<http://www.fcm.unc.edu.ar/biblio/LIBROS-PDF/12.pdf>> (página consultada el 26 de febrero de 2007).
- CASTEL, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- CASTRO, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (2000). *La salud de los adultos. Tomo dos*, editado por G. Olaiz, R. Rojas, S. Barquera, T. Shamah, C. Aguilar, P. Cravioto, P. López, M. Hernández, R. Tapia, J. Sepúlveda. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf> (página consultada el 28 de febrero de 2007).
- ENASEM (2001). *Estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (2001)*. ENASEM: documento metodológico. Reporte de proyecto. Disponible en <http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos/Methodologico/Doc_metodologico-v2.pdf> (página consultada el 26 de febrero de 2007).
- ENSANUT (2006). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.
- FERRANTE, C., y M. FERREIRA (2008). "Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados". *Revista de Antropología Experimental* 8: 403-428. Disponible en

- <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2008/29_ferrante_08.pdf> (página consultada el 13 de octubre de 2010).
- FOUCAULT, M. (1977). *Historia de la sexualidad, vol. 1*. México: Siglo XXI Editores.
- GALENDE, E. (2004). “Debate cultural y subjetividad en salud”. En *Salud Colectiva*, compilado por Hugo Spinelli, 121-144. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GERGEN, K. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- GOFFMAN, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Paidós.
- GOMES, C. (2006). “Sistemas de protección social en salud para el adulto mayor” [en línea]. Trabajo presentado en el Foro Inter-Académico en Problemas de Salud Global, organizado por la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Disponible en <www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Foro_México/inversión%20%en%20investigación.pdf> (página consultada el 8 de marzo de 2007).
- GONZÁLEZ, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad*. México: McGraw Hill.
- HERNÁNDEZ, E., y A. GONZÁLEZ (2000). “Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género”. En *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, compilado por F. Mercado y T. Torres, 253-266. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdez.
- HOCHSCHILD, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores.
- IACUB, R. (2007). “El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez”. *Revista Kairós Gerontología* 10 (1). Núcleo de Estudio e Pesquisa do Envelhecimento. Disponible en <www.psi.uba.ar/...vejez/.../cuerpo_externalizado.pdf> (página consultada el 13 de octubre de 2010).
- IMSERO (2006). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y

- Fundación SAR. Disponible en <<http://www.seg-social.es/imserso/investigacion/estud2006/caldep.pdf>> (página consultada el 15 de noviembre de 2008).
- JACOBZONE, S. (1999). "Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives". *Labour Market and Social Policy Occasional Papers* 38. OCDE Publishing. Disponible en <<http://www.oecd.org>> (página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- KIM, E.Y., y CH. KIM (2004). "Who Wants to Enter a Long-Term Care Facility in a Rapidly Aging Non-Western Society? Attitudes of Older Koreans toward Long-Term Care Facilities". *Journal of the American Geriatrics Society* 52 (12): 2114-2119. Disponible en <<http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jgs/2004/00000052/00000012/art00024?crawler=true>> (página consultada el 30 de junio de 2007).
- LAZARUS, R. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. Buenos Aires: Paidós.
- LISDERO, P. (2009). "Cuerpos recuperados/cuerpos en custodia. Una lectura sintomal de la acción colectiva de la Cooperativa Junín de Salud Limitada". En *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*, compilado por Carlos Figari y Adrián Scribano, 101-118 (Colección CLACSO Coediciones/CICCUS. Disponible en <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scribano/>> (página consultada el 5 de julio de 2010).
- MERLEAU-PONTY, M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Madrid: Península.
- MONTES DE OCA, V. (2007). "Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional". Conferencia dictada en el Foro Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe sobre envejecimiento. Brasilia, del 1 al 3 de diciembre de 2007.
- OCDE (2006). "Disability Trends and Costs of Care for Older Populations". París: Organization for Economic Cooperation

- and Development (OCDE). Disponible en <www.oecd.org/health/longtermcare> (página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- OLVERA, M., y O. SABIDO (2007). “Un marco de análisis sociológico de los tiempos modernos: vejez, enfermedad y muerte”. *Revista Sociológica* 64: 119-149. Disponible en <www.revistasociologica.com.mx> (página consultada el 13 de octubre de 2010).
- OPS (2006). “Vinculan ansiedad intensa con el riesgo de morir en adultos mayores de una población multiétnica”. *Revista Panamericana de la Salud* 19 (5): 349. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <<http://journal.paho.org/index.php?aID=449>> (página consultada el 13 de julio de 2007).
- PEDRAZA, Z. (2007). “Introducción”. En *Políticas y estéticas del cuerpo: la modernidad en América Latina*, 7-39. Disponible en antropologia.uniandes.edu.co/.../Poly_Esteticas_del_Cuerpo.pdf (página consultada el 3 de noviembre de 2010).
- PÉREZ, J. (2000). “Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados”. En II Jornada Gerontológica. Recursos Asistenciales. Pamplona, 25 de octubre de 2000.
- PÉREZ, M., y J. YANGUAS (1998). “Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones”. *Anales de Psicología* 14: 51-104. Disponible en <http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv09v14-1.pdf> (página consultada el 26 de octubre, 2006).
- RODRÍGUEZ, T. (2007). “Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales”. En *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, compilado por Tania Rodríguez Salazar y Ma. de Lourdes García Curiel, 157-188. México: Universidad de Guadalajara.
- SARTRE, J.P. (1996). *El ser y la nada*. Traducido por Juan Valmar. Buenos Aires: Losada.

- TULLE, E. (2008). "The Ageing Body and the Ontology of Ageing: Athletic Competence in Later Life". *Body and Society* 14 (3): 1-19. Disponible en <www.sagepublications.com> (página consultada el 30 de abril de 2009).
- TULLE, E., y E. MOONEY (2002). "Moving to 'Age-Appropriate' Housing: Government and Self in Later Life". *Sociology* 36 (3): 685-702. Disponible en <www.sagepublications.com> (página consultada el 18 de mayo de 2008).
- TURNER, B. (1994). "Avances recientes en la teoría del cuerpo". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 68: 11-40. Disponible en <www.scribd.com/.../Bryan-S-Turner-Los-avances-recientes-en-la-teoria-del-cuerpo>.
- VAGGIONE, A. (2007). "Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia". En *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s)*. compilado por Carlos Figari y Adrián Scribano, 119-130 (Colección CLACSO Coediciones/CICCUS). Disponible en <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scribano/>> (página consultada el 5 de julio de 2010).

VISIONES DE ETERNIDAD
EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Felipe R. Vázquez Palacios

Allá en el cielo, allá en el cielo, allá en el cielo,
No habrá más llanto, ni más tristeza, ni más dolor.
Y cuando estemos los redimidos allá en el cielo.
¡Alabaremos al Señor!
Mientras llegamos a aquella casa de paz eterna,
Luchar debemos contra las fuerzas de Satanás
Y vigorosos siempre triunfantes con Él iremos
¡Adelante con Jesús!
*Estríbillo evangélico que habla
sobre la morada eterna.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad, el envejecimiento y la muerte han contrariado al ser humano durante siglos, por ello siempre ha existido el anhelo de alcanzar una visión diferente de las posibilidades de vida; es decir, una vida que no se termine, que siga siendo atractiva y satisfactoria aun con el paso de los años y que nos una para siempre con aquellos que amamos. Se anhela una vida que no esté correlacionada con la muerte, una salud no susceptible de enfermedades, un tipo de bien que no perezca y que vaya más allá de la naturaleza terrenal.

En este trabajo afirmo que en todas las sociedades existe una concepción del mundo y de la eternidad a partir de la cual el ser humano y la sociedad en su conjunto crean su propio destino, pero no sólo un destino ya dado, sometido a instancias divinas o situaciones tratadas por la naturaleza, sino a un destino producido por el mismo ser humano. Es decir, un destino que brota en

correferencia con las creencias religiosas sobre lo divino, la naturaleza física que rodea al individuo y el contexto social donde ha desarrollado su experiencia.

Mi objetivo es analizar la visión de eternidad que tienen las personas de edad avanzada, observar su capacidad de mirar al infinito con los pies puestos sobre la tierra y determinar si esta visión tiene implicaciones en su vida cotidiana.

Para ello, parto de la idea de que la visión de la eternidad se va construyendo con el paso de los años, moldeándose por los estilos de vida. En la medida que las necesidades de consumo de las personas de edad avanzada se van reduciendo, sus interacciones sociales y económicas se van restringiendo y sus actividades cotidianas se ven disminuidas, ya sea por enfermedad, por discapacidad o por simple retiro; en esa medida también van cambiando sus visiones sobre la eternidad. Ello no significa que a mayor edad se tenga una visión más pobre de la eternidad; por el contrario, a mayor edad la visión de la eternidad es más esencial, más específica.

Y la razón por la que me interesa resaltar la construcción de la eternidad es porque pienso que es una de las guías principales por medio de las cuales los seres humanos orientan su conducta, legitiman o censuran sus acciones, valoran y califican los acontecimientos y los integran de tal modo que generan explicaciones no sólo para su aquí y ahora, sino también para su pasado y su futuro. En pocas palabras, dan sentido a la vida interpretando su propia realidad de manera tal que encuentran consistencias que pueden perdurar. Como antropólogo, me interesa ubicar el problema de la visión de la eternidad, no tanto en la dimensión del tiempo, sino en la similitud que hay entre la realidad y la eternidad; hasta qué punto son cercanas con respecto a la experiencia generada por el individuo. Dicho en otras palabras, me interesa analizar la visión de la eternidad que las personas de edad avanzada tienen a partir de los episodios y las condiciones, de las experiencias que tuvieron y que generaron a lo largo de su vida; también quiero estudiar la

forma en que esta visión de la eternidad estructura su vida cotidiana dentro de un proyecto espiritual, a partir del cual se interpreta y se establece una relación con la sociedad y una esperanza definida sobre el futuro no sólo terrenal, sino eternal también.

PASEANDO POR LA ETERNIDAD

Partiré de considerar a tres autores que a mi manera de ver son los que más información arrojan sobre el tema de estudio dentro de las ciencias sociales: J. Delumeau (2000), L. Thomas (1983) y P. Ariès (1987). Delumeau (2003) muestra en obras de arte los elementos que fomentan la construcción de las ideas en torno al más allá. Describe de qué manera se encuentran imbricadas la civilización y las representaciones del “más allá”. Advierte que, pese a que los fundamentos bíblicos siguen siendo los mismos, son muy diversas las imágenes y evocaciones paradisiacas que han acompañado la historia cristiana durante mucho tiempo.

Thomas (1983) muestra que las ideas que se conforman sobre la vida después de la muerte son modelos generados a raíz de la necesidad del hombre de apaciguar, tolerar y sobrellevar el resultado de la muerte del “otro”. Para él, todas estas ideas son modelos de supervivencia que llama “sistemas de esperanza”. Plantea la relación entre lo cercano y lo lejano que puede estar “el más allá”. El hombre, según este autor, configura estos modelos de esperanza al observar su imposibilidad de eludir la muerte y olvidar sus efectos aniquiladores.

Ariès (1987) busca comprender qué condiciones, acciones o coyunturas históricas pudieron fomentar la manera específica de concebir la eternidad. Sus planteamientos sugieren que, para analizar las visiones de la muerte y “el más allá”, hay que tomar en cuenta dos elementos: *a)* el panorama social en que los sujetos piensan de determinada manera la vida después de la muerte, y *b)* el desarrollo histórico de ese espacio contextual.

Dentro de este marco, planteó que las personas de edad avanzada construyen su visión de eternidad de acuerdo con sus circunstancias, estilos de vida y concepciones religiosas, adecuándola y reinterpretándola en cada momento de su vida, con la finalidad de que, por un lado, pueda generar expectativas de bienestar futuro y, por el otro, que se pueda seguir viviendo en las mejores condiciones posibles su cotidianidad.

PISANDO LA ETERNIDAD

La información que sustenta este trabajo de investigación fue recopilada en la ciudad de Xalapa (capital del estado de Veracruz) y en el contexto rural de la localidad de Cerro Colorado, del municipio de Apazapam, en el centro de Veracruz. Los informantes se seleccionaron con base en su experiencia y conocimiento del tema, que generalmente coincidía con el tiempo de su adscripción a su grupo religioso, su edad y su disponibilidad de tiempo, y por el grado de confianza y empatía que se lograba con el informante.

Para este trabajo sólo he ocupado 27 entrevistas a profundidad. Para lograrlas, primero asistí a sus reuniones en los días de culto y establecí una relación de empatía con las personas que consideraba que podían ayudarme, apoyado en los líderes religiosos, quienes me presentaban en las congregaciones como: “un antropólogo que venía hacer un estudio sobre las creencias religiosas”. Al establecer contacto con ellos y ellas, hacíamos una cita en su hogar; una vez aceptada la cita, y después de la entrevista, ellos mismos me recomendaban con sus contemporáneos que en su opinión me podían dar más información sobre el tema de estudio. Afortunadamente siempre tuve personas dispuestas a platicar sobre el tema y hasta me di el lujo de seleccionar a quiénes entrevistar y a quiénes no. Las iglesias en su mayoría eran pequeñas, de 50 a 100 miembros, a excepción de las iglesias católicas, que rebasaban los 200 congregados. La población adulta

mayor en estas iglesias oscilaba del 5% al 10% del total de los asistentes a las ceremonias religiosas. Se pudo trabajar sólo con 13 hombres y 14 mujeres. Dieciocho de estos informantes son católicos (urbanos y rurales); dos son metodistas (urbanos), dos adventistas (urbanos) y cinco pentecostales (urbanos y rurales). En las entrevistas a profundidad se optó por utilizar la técnica de pláticas dirigidas sobre el tema, llevando al informante a que mostrara su percepción y su visión del tema. Al llevar a cabo mi quehacer antropológico, los hacía reflexionar sobre sus creencias y sus dogmas que habían atesorado por largo tiempo, y obtuve una información rica en detalles y reflexión personal. Se analizó la información de dos grupos de edades: de 60 a 75 años y de 76 o más años de edad. También se destacaron las diferencias por sexo, grupo religioso y actividad económica a la que pertenecen los informantes.

Los resultados de los análisis son los siguientes.

Para 25 informantes, la visión de la eternidad era un tema en el que ya se habían puesto a reflexionar, y para dos de ellos era un tema desconocido. Para esos 25, la eternidad aparecía como algo que tiene reglas, principios, líneas, tendencias, ejes, niveles de estructuración, historia, entes que se mueven según ciertos modelos que se legitiman desde aquí, desde la tierra, que no se inventan de la noche a mañana. Es decir, había todo un proceso previo de estudio, análisis y reflexión.

Cuando a los 25 informantes se les cuestionó sobre su visión de la eternidad, hicieron referencia a un espacio determinado, más que a un tiempo sin fin, donde se gozará de la vida eterna. Algunos lo denominaron como el “paraíso”, otros como “el cielo”, algunos lo llamaron “la gloria”, otros más dijeron que era “el reino de Dios o patria celestial”. Pude percibir que un mismo informante puede referirse al mismo lugar con todos estos nombres, tanto entre católicos como entre evangélicos. Además, en las personas cuyo rango de edad era entre 60 a 75 años, su visión de la eternidad era lejana y muy general en su caracteriza-

ción; en cambio, las personas de 76 y más años ofrecían una visión más clara y precisa.

Yo sí creo en la vida en el más allá, yo ya lo vi en sueño, pero no anduve en todo. Son unas calles blancas, la gente es como nosotros, no almas, yo platiqué con una señora como, así, contigo. Me dijo: “¿Qué buscas?”; yo le dije: “Voy a ver a mi papá”. Me dijo: “Pasa el río Jordán, una perrita negra te guiará” (SAR, 79 años, católica).

Allá en la gloria, habrá un coro de ángeles y varios coros de nosotros, que alabarán a nuestro Dios. El cielo se convertirá en el paraíso que Dios nos tiene preparado, para todo aquel que sigue sus pisadas. Todos ángeles y arcángeles, serafines y querubines, estaremos en su reino contentos y felices... (CPA, 73 años, evangélica)

La visión de eternidad se concibe en una indefinición que va de un plano espiritual a un plano terrenal, y viceversa. Por ejemplo, cuando se refieren a los seres que estarán en la eternidad, se habla obviamente de las almas de seres ya fallecidos y que vivieron una vida santa, y también se habla de “seres vivos” como deidades y seres sobrenaturales. La población en la eternidad va a estar conformada por niños, jóvenes, adultos y ancianos, de todas las razas y pueblos, y ángeles.

Para los católicos es muy reiterativa la respuesta de que se estará acompañado por santas y santos patronos, vírgenes, ángeles y almas difuntas.

Para los evangélicos, en la eternidad estarán solamente los que hayan obedecido fielmente la “palabra de Dios”. Estos seres pueden ser tanto vivos —almas buenas, con caras y rostros perceptibles— como huestes celestiales, apóstoles y otras figuras bíblicas: Moisés, Abraham, David y los profetas, entre otros.

La figura central en la eternidad será la presencia de Dios Padre; curiosamente no se menciona con mucha frecuencia a Jesús (sólo tres informantes me dijeron que Jesús estará a la entrada del cielo, dándonos la bienvenida en nuestra nueva morada;

dos informantes señalaron que Jesús estará sentado al lado de Dios juntamente con Moisés y Abraham) y sólo una persona hizo una alusión explícita al Espíritu Santo.

Tanto católicos como evangélicos hacen mención de diferentes tipos de ángeles que estarán al cuidado y atención de todo lo que se requiera en el reino de Dios. Para los evangélicos, estos ángeles generalmente aparecen en coros tocando instrumentos, algunos de ellos muy parecidos a los que hay aquí en la tierra (flautas, arpas, trompetas, panderos, mandolinas, guitarras, entre otros), y junto con las almas buenas entonarán cantos a Dios.

En cuanto a otros seres “vivos” que podrán estar en la eternidad, aparte de los humanos, se nombró a los animales. Los más citados fueron las palomas, los pichones, las ovejas, el león, los perros, entre otros.¹ Cabe mencionar que en algunos informantes hubo indecisión sobre la existencia de animales. Es digno de mencionar la descripción que tanto católicos como evangélicos hicieron sobre este lugar, sobre plantas, ríos, playas, montañas, llanuras, generalmente muy semejantes a los contextos en los cuales ellos han vivido, resaltando las características más hermosas de estos lugares.

En cuanto a las construcciones que pueden existir en la eternidad, los informantes no tienen una idea clara sobre el tipo de construcciones que albergarán a toda la población de almas y huestes celestiales que allí habiten. Diez de ellos sí creen que existan construcciones similares a las iglesias; cuatro consideran que andarán entre nubes, especialmente personas vinculadas con el campo; siete de ellos hicieron referencia a casas y cabañas, como

¹ Ocho informantes citaron la muy común escena de un niño en medio de una oveja y un león, en un jardín lleno de flores, árboles y frutos diversos, así como aves y animales de otras especies alrededor de ellos. Con esta escena los informantes quieren mostrar la armonía que reinará en el cielo, en similitud a la vida que se llevaba en el huerto del Edén. Muchas de estas escenas fueron recreadas o tomadas de pinturas o cuadros de pasajes bíblicos.

el tipo de vivienda donde ellos estarán. seis de ellos no supieron qué contestar.

Me sorprendió que 13 personas no creyeran en la descripción bíblica que se hace en el capítulo 21 del Apocalipsis sobre el cielo, en especial cuando se hace referencia a las calles de oro, muros de jaspe y piedras preciosas y mar de cristal.

Yo creo que eso de mar de cristal y calles de oro y piedras preciosas no debemos tomarlo literalmente, si no ¿imagínese los peces en el mar de cristal?, o las resbaladas que nos podemos dar en las calles de oro. Lo que sí, los peces no van a morir si los sacamos del agua, tampoco las plantas, porque allá no hay muerte, ni llanto, ni sufrimiento (LHP, 66 años, evangélica).

Una cuestión curiosa y de resaltar es que, pese a que las descripciones parecen mostrar otro mundo, hay una gran similitud del cielo con lo que es la vida en la tierra, y pude percatarme de que construían su visión de acuerdo con los estilos de vida que su realidad les marcaba. Es decir, la facilidad para describir estaba en razón de la capacidad de relacionar su realidad y su “incompletud” con su idea de perfección, generalmente dependiente de la visión religiosa a la cual estaban adscritos. La búsqueda de la perfección hace ver las carencias de la realidad, lo cual motiva a buscar mundos posibles en la eternidad, estilos de vida plausibles y mejores, donde lo religioso matiza y armoniza el escenario. Puedo afirmar que sin las creencias religiosas, difícilmente sería posible recrear ese mundo imaginario, pues las imágenes tienen como referencia, obviamente, su mundo real. Tanto el mundo real como el mundo imaginario conforman una unidad, en la que ambos están en constante interacción y reciprocidad de manera cambiante. Ambos mundos se necesitan para poder subsistir.

Observé que había informantes más descriptivos que otros cuando se les preguntaba su visión de la eternidad. Esto puede deberse a la poca aproximación, ya sea con la feligresía o con las refe-

rencias a la eternidad, las imágenes, los pasajes bíblicos, tanto de las versiones católicas como de las protestantes sobre la vida eterna.

Encontré diferencias curiosas, como las que existen en los hombres de entre 60 y 75 años, y los de 76 y más años. En el primer grupo tenían una visión de la eternidad como un lugar donde se podrá disfrutar de la tranquilidad, de la presencia de Dios, de la alegría, sin los problemas de la vida actual; un lugar fuera del tiempo, donde sólo existe el presente, con personas como nosotros. En contraste, los del segundo grupo, los hombres de 76 y más años, percibían el “cielo” no precisamente como un lugar de descanso, sino como un lugar de mucha actividad religiosa y social.

Es un lugar muy concurrido donde están los apóstoles, millares de personas vestidas de blanco y con mucha luz; donde ya no hay sueño ni descanso, sino siempre alabanza y glorificación al gran Dios, vamos a estar muy ocupados (FVM, 81 años, evangélico).

Es un jardín sin nada que nos moleste, vamos a estar muy atareados conociendo a muchas personas, nuestra vista se va a perder en tantas cosas maravillosas que Dios ha creado para nosotros (MSH, 94 años, católico).

La vida en la eternidad es una vida diferente a la de ahora (HGT, 89 años, católico).

Con las mujeres pasó algo diferente, especialmente con las católicas; las de 60 a 75 años (10 casos) mostraron una visión más clara de lo que podría ser el cielo, recurrieron a películas, e imágenes que han interiorizado a lo largo de su vida, por ejemplo:

Vamos a estar con Dios, con la virgen de Guadalupe y seguramente allí estarán nuestros santitos y las almas de los difuntos y mi esposo, que fue muy devoto. Así como en las películas con angelitos alrededor, rodeados de flores (COU, 69 años, católica).

En la vida eterna ya no vamos a hacer nada, no vamos andar tanto, ni afligirnos por la comida, ni por los hijos, por nada, será otra manera de existir (G, 65 años, católica).

En el caso de las mujeres de 75 y más años, sólo dos casos (a diferencia de los hombres) mostraron cierta incredulidad en la vida después de la muerte:

No hay una vida después de la muerte. Aunque a veces estoy entre la espada y la pared, porque digo “¿y qué tal si de veras existe?” (MOD, 80 años, católica).

Con relación a las diferencias por grupos religiosos, encontré que para el caso de los católicos hay menos exigencias para poder acceder a la eternidad. Por ejemplo:

Para lograr la vida eterna, basta con que un minuto antes el difunto se arrepienta de todo lo malo que hizo en su vida. Argumentan que Jesús perdonó unos minutos antes de su muerte a Barrabás, un delincuente de los más malos [...]. Dios en el paraíso no nos impondrá ninguna exigencia, la única es ser felices (HJ, 80 años, católica).

En cambio, entre los grupos evangélicos para poder lograr los beneficios de la vida eterna es necesario haber tenido una vida de obediencia y fidelidad a Dios, a veces muy azarosa. Además, piensan que Dios tendrá una agenda bien determinada de actividades, especialmente en lo que se refiere a alabarlo y adorarlo.

DE LA ETERNIDAD A LA REALIDAD:

A MANERA DE REFLEXIÓN FINAL

Como se puede observar, la visión de la eternidad nos muestra una memoria compartida en la que se hallan los más diversos aspectos de la vida social, familiar y personal en los que los individuos han estado inmersos. Las personas de edades avanzadas mostraron que, frente a su pasado y su presente, generalmente no parecen vislumbrar otra visión de futuro posible más que el

de la eternidad, y como dice Mead (1932), la gente da cuenta de que: “el mundo que será no puede ser diferente del mundo que será sin reescribir el pasado”. Por ello, la visión de la eternidad se contempló como un sistema que da coherencia y sentido a la existencia *vivida*, donde el pasado, más que el presente junto con el futuro, es producto de procesos sociohistóricos, de una lucha por un anhelo de eternidad.

En esta perspectiva, el anhelo de eternidad es un deseo firme en la vida que influye de manera tal que los pensamientos y hechos cotidianos parecieran ir en pos de la eternidad o estar con la mira en ella. Se hacen planes y se imponen estilos de vida pensando en la eternidad.² Pareciera que esto no fuera práctico, pero para las personas de edades avanzadas es la mejor manera, y a veces la única, de pensar en el mañana.³

De ahí que este anhelo de eternidad no sea un simple anhelo, pues remite sin lugar a dudas a estilos de vida y a la forma de dar respuesta a necesidades de salud, seguridad, bienestar y felicidad en un contexto social, un tiempo y un espacio determinados, ya que una de las funciones de este anhelo de eternidad consiste en la organización y el manejo del tiempo personal y colectivo en el plano simbólico. De ahí, también, la necesidad de recrear estas visiones que den identidad y sentido de la existencia a las personas que, por cierto, ni la modernidad ni la posmodernidad han trastocado.

² El pastor de la iglesia metodista me decía: “El hombre es el único ser sobre la tierra al que Dios le ha puesto en su corazón el anhelo de eternidad, de vivir indefinidamente. Ahora, el vivir para siempre exige provisiones espirituales basadas en la Biblia. Y he aquí un punto notable: la Biblia ofrece, o más bien pone en nuestras manos, la posibilidad de alcanzar una vida sin límites.”

³ R. McLean (2005) afirma que necesitamos construir nuestro cielo y nuestro infierno, y que lo realmente difícil es gestionar debidamente todo un más allá. Para empezar a construir nuestros cielo e infierno es necesario tener presente que las estructuras de uno y otro son las mismas, salvo que son gráficamente distintas. La eternidad está invadiendo el tiempo y esto significa el choque de dos mundos parecidos, pero diferentes en significado y sentido.

Si bien las creencias religiosas generan una visión particular específica, esto no quiere decir que no se produzcan visiones emancipadas de estas visiones hegemónicas.⁴ Como se evidenció en las entrevistas, la pobreza informativa sobre la eternidad hace que a veces estas visiones se vean muy nutridas o alteradas, no sólo por imágenes provenientes de las creencias religiosas, sino también por las manifestaciones artísticas que alrededor de este tema se han hecho o por las narrativas literarias. No obstante, creo que en última instancia las visiones presentadas tienen sustento básicamente en la realidad que se ha vivido, y a veces se confrontan en una forma dialéctica con las creencias, y viceversa. De ahí que unas veces se visualice la eternidad como una continuación de este mundo, o como dos modos distintos de concebir el destino humano y la relación del hombre con la naturaleza. A veces, ambos mundos producen una síntesis de los significados, de sus respuestas, siempre en busca de la coherencia. Y así se van repitiendo estas visiones de generación en generación.

Los anhelos de eternidad siempre han tendido a revelar el estilo de vida, las luchas, las conquistas y los enfrentamientos, los deberes, los derechos, las obligaciones, la identidad; a trazar ideales y contrastes entre lo real y lo imaginario; algunas veces lograron armonizar las tendencias históricas con las perspectivas a futuro (muchas veces se intentó domesticar el futuro, cuestión que reducía la visión de la eternidad, impidiendo, además, ver todo el drama que se ha vivido). En fin, en estas visiones se manifestó quiénes son, tanto en lo personal como en lo colectivo, a dónde se va, qué se quiere, qué se desea y qué hace falta en su aquí y ahora.

Hay que tener en cuenta que las personas añosas organizan sus esperanzas en la eternidad con base en dos elementos esenciales: la recompensa y la compensación. La recompensa por

⁴ McLean (2005) dice que la existencia de un cielo y un infierno no es materia exclusiva de la fe, pero hay que reconocer que la fe es la que da el ascenso a la eternidad; es la que permite que tomemos la eternidad y la llevemos al presente.

las acciones realizadas a lo largo de su vida; la compensación como redención y sustitución de todas las carencias que a lo largo de su vida se experimentó. Por ejemplo, los tormentos, los dolores y los sufrimientos, como la soledad, la tristeza, la oscuridad y el caos, entre otros, fueron descritos con mucha viveza y con lujo de detalles. En este sentido, si habían sufrido mucha tristeza en la tierra, esperaban estar gozosos y siempre alegres en el cielo, basándose en los pasajes bíblicos de las bienaventuranzas.⁵ En la descripción del cielo, los informantes siempre tuvieron como referente central el conocimiento bíblico, así como una buena imaginación para crear la oposición al sufrimiento, lo contrario a la carencia y/o las necesidades elementales en la vida terrenal.

Una cuestión relevante es que si bien todos querían ir al cielo, mostraron mucha inseguridad en poder lograrlo, argumentando: “Sólo Dios es el único que sabe”, especialmente las personas de entre 60 y 75 años; en cambio, para las personas de 76 y más años, las expectativas no eran tan inseguras, pese a que los de 60 a 75 años acudían con más frecuencia a los servicios religiosos.

Frecuentemente encontré que la eternidad se presentaba como un “no lugar físico”⁶ y sin límites,⁷ pero a medida que profundizaba en la entrevista y tenía acceso a la intrahistoria de la gente, la descripción se hacía tangible, familiar, física; los creyentes van so-

⁵ “Bienaventurados los pobres porque heredarán el reino de los cielos”, “Bienaventurados los que lloran porque ellos recibirán consolación”, “Bienaventurados los que tienen hambre y sed de justicia, porque ellos serán saciados” (Mateo 5 y Lucas 6). Mientras que a los que habían llevado una vida de placer les esperaba el sufrimiento, especialmente si no habían sido compartidos.

⁶ Se utiliza el concepto de “no lugares” como lo expresa M. Augé (2000), en el sentido de que “es un espacio pensable y en el que se refuerzan las grandes redes multinacionales, se amplifica el clamor de los particularismos: de aquellos que quieren quedarse solos en su casa o de aquellos que quieren volver a tener patria, como si el conservadurismo de los unos y el mesianismo de los otros estuviesen condenados a hablar el mismo lenguaje: el de la tierra y el de las raíces”.

⁷ Es útil mencionar que, para los informantes, el cielo y el infierno es un patrimonio de la divinidad es un legado para la humanidad, cuyos límites son fijados por el pecado que cada quien construye.

metiendo estos espacios a las mismas leyes del universo, y sólo en pocas ocasiones los caracterizaban con leyes fuera de este mundo. Y es que la referencia dominante en la descripción de la eternidad es el mundo real, por lo que tanto el mundo real como el mundo imaginario conforman una unidad y están en constante interacción y reciprocidad de manera cambiante. Algo más interesante aún es que ambos mundos se necesitan para poder subsistir.

Luego entonces, el anhelo de eternidad brinda al analista social la oportunidad de articular los componentes simbólicos e imaginarios de la vida colectiva con la vida real, personal y social, desde una temporalidad que define la intencionalidad de la mirada y la acción futura. Todo ello con la finalidad de que la eternidad encuentre su realidad, y la realidad encuentre su eternidad, esperando que no haya desencuentros, que, por el contrario, se puedan articular y “resignificar” para superar fisuras y heridas, transformaciones y crisis, miedos gestados en la construcción de estas visiones reales o imaginarias.

Considero que en este proceso de construcción de visiones y anhelos de eternidad podemos contribuir a fracturar las visiones oficiales hegemónicas, así como a encontrar el hilo de una visión compartida, indecible, de nuestra experiencia colectiva y personal, donde se rescate el hablar íntimo de lo que parece ser la exploración de nuestras propias inquietudes. Con ello podemos contribuir a articular la experiencia vivida con la imaginaria.

Con base en lo anterior, surgen las siguientes preguntas: ¿podría vivir la humanidad sin la eternidad?, ¿hasta qué punto es vital el anhelo de eternidad para la sociedad y para los individuos?, ¿es que acaso la indiferencia por las cuestiones religiosas podrá significar el empobrecimiento de la visión de la eternidad?

A partir de lo expuesto, considero que las visiones de eternidad de los adultos mayores brindan al analista social la oportunidad de relacionar la realidad social que viven con los componentes simbólicos e imaginarios, todo ello con la finalidad de encontrar explicaciones, no sólo para el aquí y el ahora, sino también para

el pasado y el futuro, y con ello dotar de sentido a la vida cotidiana. En fin, con este trabajo he querido encontrar el hilo de una visión compartida e indecible de nuestra experiencia colectiva y personal que rescata el hablar íntimo de lo que parece ser la exploración de nuestras propias inquietudes: quiénes somos tanto en lo personal como en lo colectivo, a dónde no se quiere ir y qué se quiere, qué no se desea y qué hace falta. Me queda claro que en las futuras generaciones habrá un vacío de visiones relativas a la eternidad, pero el anhelo de eternidad ahí estará, especialmente para las personas de edades avanzadas que precisan lidiar con sus necesidades, sus tensiones y sus pesares que constantemente los aquejan, ya que sin paraíso la vida en la tierra se volvería un infierno.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIÈS, P. (1987). *El hombre ante la muerte*, traducido por Mauro Armiño. México: Taurus.
- AUGÉ, M. (2000). *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, traducido por Margarita Mizraji. Barcelona: Gedisa.
- DELUMEAU, J. (2000). *Historia del Paraíso*, volumen 3, *¿Qué queda del paraíso?*, traducido por Adrien Pellaumail. México: Taurus.
- MCLEAN, R. (2005). *Eternity Invading Time*. Washington, DC: Advantage Books.
- MEAD, G. (1932). "The Philosophy of the Present". La Salle, Ill.: Open Court. Disponible en <http://Spartan.ac/-Iward/Mead/pubs2/philpres/Mead_1932_toc.html>. Consultado el 24 mayo de 2004. Actualmente se puede encontrar en <http://www.brocku.ca/MeadProject/Mead/pubs2/philpres/Mead_1932_toc.html>.
- THOMAS, L. (1983). *Antropología de la muerte*, traducido por Marcos Lara. México: Fondo de Cultura Económica.

PARTE III

EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EMPODERAMIENTO

DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN GERONTOLOGÍA

Feliciano Villar

INTRODUCCIÓN

Uno de los calificativos que más frecuentemente se escuchan cuando se habla de la gerontología es que se trata de un campo de estudio y práctica interdisciplinaria. Y, ciertamente, es un área en la que diferentes disciplinas tienen mucho que decir, debido a la complejidad de su objeto de estudio: las personas mayores, la vejez y el proceso de envejecimiento.

Sin duda, el campo de estudio de la gerontología presenta facetas muy variadas que interesan, entre otras, a las ciencias biomédicas, las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales. La interdisciplinariedad promete abordar estas facetas de manera integrada para ofrecer una comprensión biopsicosocial de los procesos de cambio que experimentan las personas a medida que transcurre el tiempo, particularmente en las últimas décadas de su vida.

Sin embargo, la misma complejidad de este objetivo hace que quepa preguntarse hasta qué punto la promesa de la interdisciplinariedad se ha cumplido en el campo gerontológico, si realmente es posible, o incluso si merece la pena o no buscar esa integración entre disciplinas.

El objetivo del presente texto es reflexionar sobre esta cuestión. Tras poner de manifiesto que quizá la gerontología es un

campo de estudio menos interdisciplinario de lo que a veces se dice, expondré algunas de las dificultades para conseguir este vínculo entre disciplinas y en qué sentido se debería trabajar para lograr, aunque sea de manera limitada, avanzar en la consecución de un conocimiento verdaderamente interdisciplinario.

¿ES LA GERONTOLOGÍA UN CAMPO REALMENTE INTERDISCIPLINARIO?

Que la gerontología es un campo que interesa a numerosas disciplinas científicas es un hecho claro. Hace ya muchas décadas que el envejecimiento es un área prioritaria de estudio para, entre otros, biólogos, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos, demógrafos o economistas. La producción científica en estos campos en relación con la vejez no cesa de crecer, espoleada por el incremento de la longevidad y el peso de los mayores dentro de la población. De manera paralela, cada vez más profesionales trabajan en la atención a personas mayores y en las últimas décadas hemos asistido al nacimiento o especialización de diversas profesiones vinculadas al envejecimiento y los mayores.

Sin embargo, si nos preguntamos si esta explosión del interés científico y profesional por el envejecimiento ha dado lugar a un saber y una práctica verdaderamente interdisciplinarios, la respuesta no es clara en absoluto.

En primer lugar, es necesario decir que no todo saber (o práctica) en que participa más de un campo de conocimiento se convierte automáticamente en interdisciplinario. Hay que diferenciar, entonces, entre lo multidisciplinario y lo verdaderamente interdisciplinario (véase, por ejemplo, en Villar, 2007, una discusión similar en referencia a la intergeneracionalidad). Como es bien sabido, lo multidisciplinario implica la contribución de diferentes saberes a un determinado objeto de estudio, pero cada uno de manera independiente de los otros. El resultado es un conocimiento global que resulta de la yuxtaposición de las aportaciones

de las diferentes disciplinas. Por el contrario, lo interdisciplinario hace referencia a la integración de saberes, a la colaboración entre las diferentes disciplinas para alcanzar objetivos comunes. Es una tarea más interactiva y más compleja, es una tarea que implica consensuar y cooperar. Por lo tanto, es una meta mucho más difícil de alcanzar que lo puramente multidisciplinario.

En segundo lugar, es clave también diferenciar entre la gerontología como campo científico de estudio y la gerontología como campo profesional. Desde mi punto de vista (véase también, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, 2000), la respuesta a la pregunta de si la gerontología es inter o multidisciplinaria va a depender del ámbito que estemos considerando.

En este sentido, podemos afirmar que en gerontología la interdisciplinarietà no sólo está presente, sino que es absolutamente necesaria cuando hablamos de la práctica profesional. En el cuidado y tratamiento de personas mayores con diferentes problemáticas es indispensable que los diferentes profesionistas interactúen de manera integrada para dar una solución a problemas que suelen ser complejos y requieren conocimientos muy diversos. Así, a la hora de decidir un tipo de intervención, es imprescindible tener en cuenta las diferentes facetas y circunstancias (médico-biológicas, psicológicas y sociales, entre otras) que están presentes y pueden influir en la evolución del problema, y cuyo conocimiento generalmente no está al alcance de un único profesional. Ofrecer soluciones optimizadas implica conocer esas facetas e intervenir de acuerdo con ellas. De esta manera, la interdisciplinarietà permite alejarse de la estandarización en el trato y el tratamiento de las personas mayores para lograr una aproximación, lo más personalizada posible, que incremente en la medida de lo posible la calidad de vida de la persona sobre la que se interviene.

En España, por ejemplo, se requiere que cada persona atendida en una residencia de larga estancia o en un centro de día tenga un plan de intervención personal, que se elabora al inicio de la

atención y se actualiza de manera regular, generalmente cada año o cada seis meses. Estos planes de intervención para personas mayores se llevan a cabo, de manera obligatoria, por equipos multidisciplinares que incluyen, entre otros, a médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales. En las reuniones de estos equipos para definir los planes de intervención es donde se cocina la interdisciplinariedad en la atención gerontológica, una verdadera metodología de trabajo destinada a aumentar la calidad de la atención y los cuidados y la eficiencia en la asignación de unos recursos que son siempre escasos (Verdejo, 1998).

El trabajo de los equipos multidisciplinares implica tareas diversas, entre las que se cuentan las siguientes (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2007):

- Una valoración amplia de la persona, de su salud, de sus capacidades funcionales y de los recursos personales y sociales que tiene a su alcance.
- La elaboración de unos objetivos de tratamiento realistas en diferentes áreas, que cuenten si es posible con la propia opinión del paciente.
- El establecimiento de un plan integral de atención para conseguir esos objetivos (qué pautas o tratamientos seguir).
- La revisión periódica del cumplimiento de objetivos y, en su caso, la redefinición de éstos y el establecimiento de un nuevo plan de cuidados.

A partir de este trabajo interdisciplinario, los profesionales pueden aprender unos de otros y adquirir nuevos conocimientos y habilidades; se establecen puentes estables de comunicación y apoyo entre ellos y así se mejoran el clima laboral y la calidad de los cuidados que se ofrecen.

Sin embargo, en el ámbito científico y académico el panorama es muy diferente. En este ámbito, la interdisciplinariedad es la excepción y no la norma, y podemos decir que la gerontología,

en su vertiente académica y científica, no pasa de ser un campo de saber multidisciplinario en el que participan diferentes disciplinas pero, en general, sin mucha colaboración entre ellas.¹ Esto es así por diversas razones. En primer lugar, como comenta S.A. Bass (2009), la investigación sobre el envejecimiento se realiza en centros académicos que no son interdisciplinarios, sino que pertenecen a disciplinas con una tradición sólidamente asentada. La gran mayoría de la investigación se hace en los departamentos y laboratorios de biología, de psicología o de sociología, pero no en centros de gerontología que incluyan científicos de diversas procedencias disciplinarias. La gerontología, en este sentido, apareció históricamente cuando el mapa disciplinario estaba ya dibujado y había poderosas influencias para que no cambiara. De esta manera, la gerontología se ha convertido en un “espacio puente”, de naturaleza poco concreta, que agrupa la porción que cada disciplina dedica al estudio de la vejez, los mayores o el envejecimiento.

Por otra parte, a medida que el saber gerontológico ha ido creciendo y madurando, se ha producido un lógico proceso de especialización que, a diferencia de lo que sucede en el ámbito profesional, ha conducido a la diferenciación entre científicos de diferentes disciplinas que persiguen aportar soluciones a problemas muy concretos, más que a colaborar entre ellos. Así, cada grupo de investigación se compromete en el estudio de líneas de investigación acotadas y propias de la disciplina a la que pertenece, como respuesta a la necesidad de dar respuesta a problemas ya de por sí muy complejos y que requieren un alto grado de especialización. La producción de estos grupos será evaluada, además, con criterios estrictamente disciplinarios. Desde este

¹ En este sentido, sería relevante repasar el estado de la cuestión en diferentes zonas geográficas (Estados Unidos, América Latina, Europa). Sin embargo, esta tarea requeriría una extensión que sobrepasa tanto el espacio asignado al capítulo como los objetivos que nos proponemos en él.

punto de vista, incorporar una dimensión interdisciplinaria en este trabajo sería, además de innecesario, añadir una complicación más al ya de por sí muy complejo campo de estudio disciplinario. En el mejor de los casos, lo interdisciplinario queda como un objetivo que perseguir en un futuro más o menos lejano, cuando los problemas básicos de cada disciplina tengan una respuesta clara.

Esta especialización de las disciplinas y la atomización de cada una de ellas se manifiestan en cómo se han institucionalizado. La formación en gerontología, por ejemplo, no existe como tal, sino que cada profesional se forma en el ámbito estricto de su disciplina, lo que no incluye conocimientos o habilidades propios de otras disciplinas. Esto, en el caso de España, ha sucedido así incluso en el ámbito de la formación de posgrado. De esa forma, en los años ochenta del siglo pasado comenzaron a aparecer estudios de posgrado en gerontología que incluían módulos correspondientes a cada una de las disciplinas que se entendían importantes (medicina, biología, enfermería, psicología, ciencias sociales, etc.). Aun siendo dudoso el carácter interdisciplinario de este tipo de estudios, dado que la tendencia era a ofrecer cada contenido disciplinario de manera independiente de los demás, sí es cierto que los estudiantes tenían acceso a información diversa y recibían una visión global del envejecimiento. Sin embargo, a medida que el envejecimiento crece en importancia como ámbito académico y profesional, este tipo de estudios de posgrado va desapareciendo, dando lugar a otros mucho más concretos y especializados que ya contemplan únicamente objetivos académicos puramente disciplinarios. Ya no se trata de que el profesional conozca todos los ámbitos en relación con la vejez, sino de que conozca muy bien un ámbito disciplinario, lo que lo hará competente bien para investigar sobre problemas concretos dentro de ese ámbito, bien, si se decide por la práctica profesional, para dedicarse al tratamiento y cuidado de personas o bien, en todo caso, para contribuir con sus conocimientos y habilidades

en equipos interdisciplinarios, que es donde, como hemos mencionado, realmente se practica la interdisciplinariedad.

Una evolución similar han seguido las revistas científicas que recogen la producción académica. Estas revistas, y especialmente las más recientes, tienden a ser exclusivas de una determinada disciplina, y no tanto multi o interdisciplinarias. Así, por ejemplo, el *Journal of Gerontology*, la revista publicada desde 1946 por la Gerontological Society of America, dejó de ser única en 1988 para separarse en revistas diferentes (*Biological and Medical Sciences*, por una parte, y *Psychological and Social Sciences*, por otra), cada una de ellas dirigida a una disciplina concreta. De manera similar, los congresos de gerontología, que se podrían concebir como espacios en los que se visualizaría la cooperación entre disciplinas, en la práctica también manifiestan esta compartimentación de los saberes gerontológicos. Por ejemplo, el último congreso mundial de la IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics), celebrado en París en el año 2009, distinguía entre cuatro secciones: ciencias biológicas, ciencias de la salud y medicina geriátrica, ciencias psicológicas y del comportamiento y, por último, investigación social, política y práctica. Si examinamos las contribuciones a cada una de las secciones nos damos cuenta de que lo interdisciplinario, aunque está presente en casos puntuales, no es en absoluto la norma.

Así, los científicos no sienten la necesidad de los profesionales aplicados de colaborar con colegas procedentes de otros ámbitos. En una ciencia se suele delimitar una parcela de conocimiento, o un determinado problema, y dedicar todo su esfuerzo a ese pequeño territorio. La lógica de esta estrategia parece clara: ante la gran complejidad de los fenómenos que se estudian se impone cierto reduccionismo que lleva a concretar al máximo el fenómeno que se estudia y prestar atención únicamente a ciertas variables, para generar un conocimiento válido que, de manera acumulativa, a partir de pequeños pasos, puede llegar finalmente a la comprensión de la totalidad. Es una estrategia

que exige una gran especialización, lo que conduce a que la gran mayoría de los científicos que investigan cuestiones relacionadas con el envejecimiento no lo hagan desde un punto de vista gerontológico, entendiéndolo como el puente entre diferentes disciplinas, sino estrictamente dentro del marco que les ofrece su propia disciplina. Para la gran mayoría de los académicos, la conformación de un ámbito gerontológico común no es un punto de partida, ni algo siquiera que deseen crear, al menos a corto plazo.

Esta estrategia resulta, en mi opinión, totalmente legítima y hasta lógica. Sin embargo, cabe preguntarse si en este proceso de especialización, de construcción de barreras entre disciplinas, no estamos dejando algo atrás, si no estamos dejando una colaboración que permita obtener conocimientos más integrados, más sofisticados de los que habitualmente se producen dentro de los estrictos ámbitos disciplinarios. Para recuperar, si es posible, este territorio interdisciplinario, aunque sea de manera limitada (entre disciplinas afines, por ejemplo), primero hemos de saber si es posible o si se trata de sólo de una quimera, de una utopía. Para ello deberíamos identificar los problemas que dificultan la investigación interdisciplinaria y proponer posibles estrategias que los solucionen o que al menos los mitiguen.

¿ES POSIBLE LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN LA INVESTIGACIÓN GERONTOLÓGICA?

Sin duda, la realización de estudios interdisciplinarios supone un reto. Incluso teniendo la voluntad de llevar a cabo este tipo de estudios, los investigadores se enfrentan a dificultades a veces insalvables para llevarlos a cabo. Sin embargo, que la interdisciplinaria sea una empresa difícil en el ámbito de la investigación no quiere decir que sea imposible. Posible lo es, y tenemos algunos ejemplos de estudios interdisciplinarios muy relevantes.

Uno de estos ejemplos es el Berlin Aging Study (BASE). Se trata de una investigación longitudinal sobre una muestra de personas de entre 70 y 100 años que viven en lo que era el antiguo Berlín Occidental. El estudio examinó la salud física y mental, el funcionamiento psicológico y la situación socioeconómica de la muestra, bajo la dirección de un equipo multidisciplinario del que formaban parte internistas, psiquiatras, psicólogos y sociólogos. Los resultados, aun cuando en su mayoría fueron aprovechados de una manera que podríamos llamar “monodisciplinaria”, también han dado lugar a interesantes hallazgos y reflexiones interdisciplinarias, especialmente combinando datos procedentes de disciplinas afines (véase Baltes y Mayer, 1999). El estudio fue ampliado recientemente con el BASE II, dirigido a encontrar en qué medida el funcionamiento cognitivo de los mayores tiene relación con factores de tipo biológico y socioeconómico, incluyendo la salud, las condiciones de vida o ciertos aspectos genéticos.

Las investigaciones que implican a diferentes disciplinas, como la que hemos puesto de ejemplo, presentan algunas dificultades. Una de ellas es que suelen ser estudios que requieren de la cooperación de instituciones muy diversas, una buena financiación y una infraestructura muy sólida y potente, dado que el tipo de datos que se recogen es variado y extenso. Esto los hace caros y, en general, exige un alto grado de ambición y compromiso a sus impulsores.

Sin embargo, la baja frecuencia con que se realizan este tipo de estudios no se puede atribuir totalmente a este tipo de factores. Existen otras dificultades, más básicas, que también explican la dificultad de la investigación interdisciplinaria. Se pueden diferenciar dos de ellas, identificadas con las dos señas principales de una disciplina científica: un método y un objeto de conocimiento:

- Por una parte, existe un reto también metodológico. Cada disciplina utiliza procedimientos metodológicos diferentes, y la naturaleza de los datos que le son de interés también

es diferente. Estos diferentes métodos en ocasiones son irrenunciables para una disciplina, porque constituyen parte de su esencia, con lo que se dificulta la colaboración con otras disciplinas.

- Por otra parte, se presenta también un desafío de tipo conceptual. Cada disciplina tiene sus propias teorías, tiene un aparato explicativo que le es propio y se centra en un determinado nivel de análisis de los problemas. Estas teorías y conceptos en muchas ocasiones son difícilmente combinables o susceptibles de ser integrados con los que proceden de otras disciplinas.

Como vemos, la interdisciplinariedad es una empresa difícil, aunque no imposible, en el ámbito de la investigación. Esta presencia de estudios que implican la participación de diferentes disciplinas no sólo puede ser posible, sino incluso deseable, ya que cuando esta colaboración interdisciplinaria se da, no sólo obtenemos una visión más integrada y matizada del objeto de estudio, sino que también las disciplinas implicadas se enriquecen las unas a las otras, incluso pueden llegar a incorporar conceptos o prácticas metodológicas procedentes de disciplinas en principio ajenas e inaugurar novedosas líneas de investigación. Esta fecundidad interdisciplinaria, en todo caso, es mucho más fácil que ocurra entre disciplinas afines, entre campos de conocimiento próximos. Para facilitar estos estudios de integración disciplinaria hemos de abordar tanto los retos conceptuales como los metodológicos, que diferenciamos anteriormente.

El desafío metodológico

En cuanto a la metodología, una buena estrategia para superar ciertas incompatibilidades metodológicas entre disciplinas es el uso de múltiples indicadores. En concreto, parece recomendable el uso de indicadores tanto objetivos como subjetivos, incluso de los mismos constructos.

Como es bien sabido, los indicadores subjetivos son aquellos que se basan en la percepción de la persona evaluada. Son indicadores que permiten incorporar, en el caso de la gerontología, la visión de la propia persona mayor en los problemas de investigación, problemas que a veces se presentan desde la perspectiva exclusiva de los investigadores que, como expertos, los delimitan y definen con independencia de la perspectiva de las personas mayores. El uso de indicadores subjetivos, y particularmente de aquellos que permiten más libertad en la expresión de las personas mayores (por ejemplo, frases incompletas, preguntas abiertas en entrevistas, cuestionarios en los que la persona valora su situación, etc.), dota de mayor control a los participantes en el proceso de investigación, y son especialmente útiles en el proceso de generación de teorías. El uso de indicadores subjetivos, en pocas palabras, evita la estandarización del proceso de investigación y es especialmente útil en el caso de las disciplinas psicológicas y sociales, en las que la subjetividad tiene un peso mayor.

Sin embargo, el uso exclusivo de indicadores subjetivos tiene también algunos inconvenientes. Uno de ellos es la dificultad en el análisis de datos, en especial si estos datos son de naturaleza cualitativa y textual. Otro inconveniente reside en que en ocasiones la opinión de la persona mayor puede estar sesgada o dar una visión distorsionada de su situación. Por ejemplo, grupos de mayores que experimentan situaciones objetivamente muy mejorables (soledad, escasos recursos económicos, graves problemas de salud, etc.) pueden evaluar su situación de manera no tan mala como sería esperable. Este fenómeno ha sido denominado por algunos como la *paradoja del bienestar*, que D.K. Mroczek y C.M. Kolarz (1998: 1333) definen como “*la presencia de niveles elevados de bienestar ante dificultades objetivas o factores de riesgo contextual o sociodemográfico que intuitivamente deberían predecir infelicidad*”. La paradoja del bienestar es consecuencia de la extraordinaria capacidad de adaptación de la persona ante situaciones y acontecimientos negativos, que se mantiene durante toda la vida y es una de las claves del

envejecimiento satisfactorio. Sin embargo, esta misma capacidad para acomodarse en situaciones penosas puede hacer creer que la situación de ciertos colectivos de mayores está bien sólo porque ellos dicen que lo está, o que no merece la pena mejorar ciertos aspectos de esa situación porque los propios mayores que la experimentan no la ven tan mal.

Frente a estos inconvenientes, resulta aconsejable el uso simultáneo de indicadores objetivos. Entendemos por indicadores objetivos a aquellos cuya medida es independiente de la opinión de la persona. Este tipo de indicadores proporcionan, además, unos referentes estables para la intervención, unos objetivos que alcanzar y una medida estable que permite comparar organismos, individuos o grupos sociales.

Utilizar y relacionar ambos tipos de indicadores, subjetivos y objetivos, es un primer paso para facilitar una verdadera investigación interdisciplinaria. De la relación de ambos, cuando disponemos de indicadores objetivos y subjetivos para el mismo fenómeno, pueden aparecer hallazgos interesantes susceptibles de generar nuevos desarrollos teóricos o líneas de investigación. Por ejemplo, en personas mayores, comparaciones interesantes de este tipo aparecen cuando observamos el contraste entre edad cronológica y edad subjetiva, o entre salud objetiva y valoración personal de la propia salud.

El desafío teórico-conceptual

Un segundo aspecto que facilita la investigación interdisciplinaria en gerontología es el uso de conceptos amplios que den cabida a fenómenos susceptibles de ser estudiados desde diversas disciplinas. En este sentido, conceptos demasiado concretos y vinculados a fenómenos muy específicos, con sentido sólo desde una disciplina, pueden suponer una barrera para superar esas fronteras disciplinarias. En un sentido más ambicioso, se trataría de proponer teorías que fueran capaces de generar interés en disci-

plinas diversas y dar sentido a parcelas de la realidad pertenecientes a los niveles de análisis que les son propios. Este objetivo, sin embargo, parece especialmente difícil de conseguir dada la gran dispersión teórica de la gerontología, donde no sólo cada disciplina tiene sus propias teorías, sino que alguna (en especial las ciencias sociales o la psicología) se caracteriza precisamente por la presencia de orientaciones teóricas intradisciplinarias no sólo múltiples, sino incluso contrapuestas.

Afortunadamente, también tenemos algunos conceptos que permiten abordar cuestiones relevantes desde diversas disciplinas. Vamos a poner como ejemplo dos de estos conceptos: el envejecimiento con éxito y la generatividad en la vejez. Al presentarlos brevemente pretendemos ilustrar en qué sentido la utilización de ciertos conceptos permite facilitar la investigación interdisciplinaria.

En el primer caso, el concepto de envejecimiento con éxito fue propuesto por J.W. Rowe y R.L. Kahn en la década de los ochenta (Rowe y Kahn, 1987). Su aparición se sitúa en un contexto en el que se pretendía evitar la consideración del envejecimiento como proceso equivalente al de enfermedad, para tratar de ofrecer una perspectiva más optimista de las últimas décadas de la vida.

De acuerdo con estos investigadores, envejecer satisfactoriamente implica tres elementos: una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas (es decir, presencia de salud física); una capacidad funcional alta, tanto desde el punto de vista físico como del cognitivo (es decir, capacidad para realizar las actividades cotidianas necesarias para el autocuidado y la vida autónoma), y un compromiso activo con la vida. Así, envejecer satisfactoriamente no solamente es estar libre de enfermedades graves; implica disponer también de un buen funcionamiento físico y mental que permita a la persona realizar sin problemas y de manera autónoma las actividades cotidianas. Estos dos ingredientes han de permitir, además, que la persona sea

capaz de implicarse activamente en la vida, a partir del desarrollo de un patrón de actividades determinado. De acuerdo con Rowe y Kahn (1998), este patrón se relaciona con dos tipos fundamentales de actividad: el primero es el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias y el segundo es el mantenimiento de actividades productivas

Aunque el modelo de Rowe y Kahn ha sido criticado por olvidar la estructura social y la cultura en la que se envejece (Torres, 1999), o los procesos psicológicos de adaptación (según las llamadas teorías del *life-span*; véase, por ejemplo, Boerner y Joop, 2007), su propuesta de envejecimiento con éxito trata de incorporar elementos procedentes de diversas disciplinas: mientras que algunos de los criterios son claramente de corte médico o clínico, otros tienen claras implicaciones psicológicas y sociales, lo que favorece la interdisciplinariedad.

Un segundo ejemplo de concepto que fomenta la interdisciplinariedad es la generatividad. El concepto, propuesto por E.H. Erikson (1950), se entiende como el interés y las actividades de las personas centrados en la creación y el cuidado de las personas, los bienes o los productos que les sobrevivirán. La actividad generativa puede darse dentro de la familia; por ejemplo, a partir del cuidado de los nietos, de la relación con los hijos o de la atención a personas dependientes, y también en la comunidad, continuando con el trabajo remunerado o participando en actividades cívicas y de voluntariado.

Dentro del esquema original de Erikson, la generatividad aparece vinculada a la mediana edad, como reto que las personas deben aceptar a la mitad de la vida. Si el reto se supera con éxito, la persona adquiere nuevas competencias, madura psicológicamente y queda mejor equipada para abordar retos futuros. Sin embargo, la presencia de nuevas generaciones de mayores no sólo más longevas, sino también mejor formadas y que disfrutan de buenos niveles de salud durante más años, hace que podamos esperar que muchos de esos mayores sigan interesados en seguir siendo generativos y que continúen contribuyendo en su familia

y en la comunidad en la que viven. Enfatizar estas contribuciones permitirá, además, cambiar la imagen de los mayores como carga, para pasar a destacar su valor como recurso para las familias y las comunidades, otorgándoles un papel activo en ellas.

Lo que es interesante para nuestra discusión es que este concepto de generatividad articula dos tipos de fenómenos: por una parte, la actividad productiva de los mayores, que se entienden como contribuyentes al bien común y no como una carga social, y por otra, el proceso de desarrollo personal que implica realizar estas actividades generativas. Mientras en un caso se trata de fenómenos sociales, pertenecientes al ámbito disciplinario de las ciencias sociales, en el segundo caso estamos hablando de fenómenos individuales pertenecientes al ámbito disciplinario de la psicología.

Así, envejecer generativamente implica al mismo tiempo contribuir al desarrollo social y al desarrollo personal. Implica estar comprometido con la sociedad y al mismo tiempo crecer personalmente, madurar (Villar, en prensa). Por ello es un concepto que articula conocimientos procedentes de diferentes disciplinas, como las ciencias sociales, la psicología o incluso las ciencias de la educación, si consideramos la formación en la vejez como instrumento para fomentar las capacidades generativas de los mayores. Es un marco de trabajo amplio que da sentido a numerosos dominios de la investigación, como los siguientes:

- la implicación activa de los mayores en la vida cívica, la política, la participación social, el asociacionismo y el voluntariado;
- el papel de los mayores en la familia, en particular los intercambios entre generaciones, el ejercicio de la paternidad cuando los hijos son ya adultos o el papel de los mayores en el cuidado y la educación de los nietos;
- las personas mayores como cuidadores de personas dependientes, que en muchos casos son sus parejas (o incluso sus propios padres);

- las personas mayores como mentores y las actividades intergeneracionales;
- la formación de las personas mayores a lo largo de la vida, incluyendo la vejez como periodo en que la formación adquiere un nuevo sentido, más libre y ajeno a las presiones del mercado laboral;
- la mejora de los entornos que rodean a las personas mayores, con el fin de que éstas sean más generativas;
- el *empowerment* de las personas mayores para que puedan acceder y aprovechar las actividades generativas;
- la medición del impacto que tiene la participación de las personas mayores en ambientes o actividades generativas.

Como podemos observar, escoger los conceptos adecuados para estudiar los fenómenos relacionados con el envejecimiento es clave. Ciertos conceptos están excesivamente atados a campos muy concretos de conocimiento, mientras otros facilitan la adopción de una perspectiva interdisciplinaria. Es decir, es necesario adoptar una perspectiva que suscite interés en diversas disciplinas y permita una integración de saberes deseable si pretendemos alcanzar una comprensión más profunda de los fenómenos.

CONCLUSIÓN

Hemos visto que la interdisciplinariedad es un reto importante para la investigación científica en gerontología, y cómo, en la actualidad, sólo es una práctica habitual en el desempeño profesional de los gerontólogos, pero no tanto en ámbitos científicos y académicos.

En estos ámbitos no existe una necesidad acuciante de trabajar interdisciplinariamente, como sucede en la actuación profesional con personas mayores. Los científicos, en su mayoría, se forman, trabajan y desarrollan profesionalmente dentro de marcos disciplinarios tradicionales. Sin embargo, avanzar en estudios interdisciplinarios puede contribuir al enriquecimiento de

nuestro conocimiento del proceso de envejecimiento y generar líneas de investigación innovadoras.

Si pretendemos fomentar este trabajo interdisciplinario, hay que salvar algunos de los obstáculos que lo dificultan. Estos obstáculos para la interdisciplinariedad en la investigación gerontológica son de varios tipos, y destacan las barreras de tipo metodológico y las de tipo conceptual. Se ha argumentado que tanto la utilización de múltiples indicadores, sean objetivos o subjetivos, como el uso de conceptos amplios y aglutinadores son estrategias que facilitan el carácter interdisciplinario de un estudio. Aun así, la interdisciplinariedad será siempre más fácil de practicar y ofrecerá resultados más inmediatos y enriquecedores si se plantea entre disciplinas afines, que presentan ya desde el principio niveles de análisis de la realidad o instrumentos metodológicos relativamente próximos.

BIBLIOGRAFÍA

- BALTES, P.B., y K.U. MAYER, compiladores (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Nueva York: Cambridge University Press.
- BASS, S.A. (2009). "Towards an Integrative Theory of Social Gerontology". En *Handbook on Theories of Aging* 2a. ed., compilado por V.L. Bengtson, D. Gans, N. Putney y M. Silverstein (editores), pp. 347-374. Nueva York: Springer.
- BOERNER, K., y D. JOOP (2007). "Improvement/Maintenance and Reorientation as Central Features of Coping with Major Life Change and Loss: Contributions of Three Life-Span Theories". *Human Development*, 50: 171-195.
- ERIKSON, E.H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2000). "Gerontología social. Una introducción". En *Gerontología social*, compilado por R. Fernández-Ballesteros (editor), pp. 31-54. Madrid: Pirámide.

- GUTIÉRREZ, C., C. JIMÉNEZ y A.I. CORREGIDOR (2007). “El equipo interdisciplinar”. En *Tratado de Geriátria*, pp. 89-93. Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.
- MROCZEK, D.K., y C.M. KOLARZ (1998). “The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness”. *Journal of Personality and Social Psychology* 75: 1333-1349.
- ROWE, J.W., y R.L. KAHN (1987). “Human Aging: Usual and Successful”. *Science* 237: 143-149.
- ROWE, J.W., y R.L. KAHN (1998). *Successful Aging*. Nueva York: Pantheon.
- TORRES, S. (1999). “A Culturally-Relevant Theoretical Framework for the Study of Successful Ageing”. *Ageing and Society* 19: 33-51.
- VERDEJO, C. (1998). “El equipo interdisciplinar como metodología de trabajo”. En *Atención al anciano en el medio sanitario*, compilado por J.M. Ribera y P. Gil (editores), pp. 39-43. Madrid: Editores Médicos.
- VILLAR, F. (2007). “Intergenerational or Multigenerational? A Question of Nuance”. *Journal of Intergenerational Relationships* 5: 115-117.
- VILLAR, F. (2012). “Successful Ageing and Development: The Contribution of Generativity in Older Age”. *Ageing and Society* 32 (7): 1087-1105.

EMPODERAMIENTO Y ADULTOS MAYORES.
IMPACTO DE LA PARTICIPACIÓN DE UN GRUPO
DE ADULTOS MAYORES EN UN PROGRAMA EDUCATIVO

Blanca López La Vera

INTRODUCCIÓN

En América Latina, el surgimiento de programas universitarios dirigidos a personas mayores ha planteado y viene planteando desde su inicio, hace poco más de 25 años, una serie de problemáticas y retos que los responsables de los mismos han venido afrontando, basados en su experiencia profesional, recursos personales y el aprendizaje rápido, resultado obligado de la interacción permanente con los alumnos mayores y la necesidad de dar respuesta a sus requerimientos, demandas y expectativas.

Los retos son de todo tipo: *académicos*, por su mayor o menor legitimación en el entorno en el que se desarrollan, es decir, las universidades que los acogen; *curriculares*, dado que no ha sido lo mismo trabajar hace 15 o 20 años con personas mayores que hoy, por los cambios socioculturales, generacionales, de expectativas, etcétera, que obligan a revisar la pertinencia de los temas y contenidos que se ofrecen; *metodológicos*, porque hay que considerar que estamos desarrollando una propuesta educativa para un segmento de población que tiene sus propias características o perfiles, formas propias de acceder al conocimiento, formas propias de procesarlo y aplicarlo, intereses propios, etcétera; *económicos*, vinculados a la supervivencia misma de los programas o su autosostenimiento; de *gestión*, tanto administrativa como

académica y que involucra, entre otros factores, la necesidad de personal con determinado perfil o un compromiso personal por parte de sus responsables con la problemática de los mayores.

Por otro lado, también plantea retos en la propia interacción con los alumnos mayores, como la necesidad o pertinencia de un trato distinto, el conocimiento necesario para comprender esta etapa de la vida y las circunstancias que pueden estar viviendo y que implican determinadas conductas, el adecuado manejo de la disciplina y el respeto a las normas institucionales combinados con flexibilidad y tolerancia, el trato personalizado tanto en temas institucionales como en personales y el adecuado manejo de sus expectativas educativas, entre otros.

Los congresos y encuentros¹ que se realizan regularmente en la región vienen mostrando similitudes entre estas experiencias; por ejemplo, en los objetivos propuestos, en los contenidos temáticos, en las características del alumno mayor como tal, en sus respuestas y declaraciones ante la experiencia educativa, las cuales con mucha frecuencia están vinculadas a la satisfacción personal y los cambios en sus vidas, y también encontramos algunas diferencias, como en la propuesta curricular específica, la estructura, la duración y la proyección social, entre otras.

Dichos encuentros nos han permitido identificar también la necesidad de profundizar en el estudio de los resultados y los efectos que se vienen obteniendo, luego de una trayectoria que para algunos se encuentra alrededor de los 25 años —como los casos de Argentina y Costa Rica— y para otros menos o bastante menos, ya que el grueso de los más de 150 programas existen-

¹ Desde el año 2005, en que se realiza en Lima el I Congreso Iberoamericano de Experiencias Educativas Universitarias Dirigidas a Personas Mayores, los programas respectivos se vienen reuniendo cada dos años, pero en algunos países se realizan encuentros nacionales o regionales, así como diversos eventos (foros, talleres, encuentros, seminarios) que convocan bilateralmente a los diversos países latinoamericanos.

tes en América Latina se sitúa entre los 10 y los 14 años de creación, según se ha podido recoger en la interacción con colegas de diversos países.

El estudio de los resultados incluye investigar diversos aspectos del desarrollo de estas experiencias, y uno de ellos está vinculado a los efectos que tiene en la vida de los mayores su participación en dichas experiencias. La posibilidad de medir estos efectos nos permitiría orientar adecuadamente los objetivos educativos y las modalidades y propuestas curriculares; pero, además, podríamos valorar y respaldar adecuada y rigurosamente la importancia que la educación permanente tiene o puede tener en la vida de la persona mayor.

El estudio realizado, del que se da cuenta en este artículo, partió de estas constataciones y de la identificación de similitudes y diferencias, sobre todo las correspondientes a los efectos en los propios mayores y los cambios en sus vidas desde su incorporación al programa educativo, y también de la experiencia directa recogida a lo largo de los 12 años de trabajo con los mayores. Específicamente, se deseaba verificar si las observaciones que se venían recogiendo durante los últimos cinco o seis años sobre la capacidad de los alumnos mayores de desarrollar más autonomía y capacidad de decisión, por ejemplo, sobre cuestiones de su vida cotidiana, se debían a su asistencia regular y sostenida a las clases que se brindaban y a su participación en otras actividades programadas en la propia universidad, o a otros factores, ya que no eran casos aislados sino casi una constante. Y esta constante condujo en reiteradas oportunidades a conversar largamente sobre el tema con algunos de ellos.

Para el estudio que se llevó a cabo se plantearon las siguientes preguntas: ¿qué efectos tiene sobre los mayores su participación en los programas educativos universitarios y, específicamente, qué papel tiene la educación en lograr un proceso de mayor control o empoderamiento de sus propias vidas?

El concepto y la reflexión sobre “empoderamiento” tiene sus orígenes en la década de los sesenta, cuando se constituyó el “poder negro” en los movimientos afroamericanos formados como respuesta a la discriminación racial en Estados Unidos. Posteriormente, este concepto se trabajó mucho en la teoría feminista durante la década de los ochenta, y más tarde en el marco de proyectos y políticas de desarrollo social y comunitario durante los años noventa y hasta el presente.

Pero, para efectos de esta introducción, interesa mencionar que según lo encontrado en diversos autores (Charlier, 2007; Pick, 2007; León, 1997; Sánchez, 2002; García, 2006; INTRACC, 1999), hablar de empoderamiento, además de las discrepancias o diferencias que aún genera en torno a su significado y los ámbitos y aspectos pertinentes para su aplicación o utilización, genera controversias, porque es una categoría bastante complicada de medir, dada la multiplicidad de variables involucradas, su carácter multidimensional y el factor contextual, que puede relativizar sus significados, como la cultura, el nivel socioeconómico, etcétera.

Por ello, para medir el empoderamiento de los mayores en el marco de este estudio, en primer lugar se recogieron y trabajaron algunos conceptos clave que sirven de marco y de referencia conceptual al estudio, y en segundo lugar se utilizaron tres instrumentos de medición distintos y complementarios (explicados en la parte metodológica) para contrastar y verificar los resultados obtenidos.

ANTECEDENTES

En este apartado se presentan brevemente los resultados del estudio que se señaló en el resumen como antecedente directo del presente trabajo. Fue desarrollado en 2002 por el psicólogo Jorge Yamamoto, por encargo del Programa Universidad de la Expe-

riencia (Unex).² La investigación³ se proponía conocer cuáles son los cambios más significativos que produce la Universidad de la Experiencia en el comportamiento de sus participantes.

CAMBIOS EN ALUMNOS MAYORES QUE ESTUDIAN. UNA EXPERIENCIA DE MEDICIÓN PREVIA

En su informe encontramos resultados muy interesantes: dado que la entrevista también se dirigió a la familia, es importante mencionar que la mayor parte de los participantes (42.5%) vive con sus familiares, sean hijos, nietos o unos y otros. Con menor frecuencia (33%), los participantes viven con la pareja y otros familiares. Algunos de ellos que todavía tienen pareja viven solamente con él o ella (21%) y sólo pocas personas viven de forma independiente (9%).

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES

El cambio fundamental encontrado es el de una mayor actividad y el incremento de las relaciones sociales; esto se traduce en una mayor participación en eventos de tipo cultural o académico. Debido a ello, la familia se sitúa en un segundo plano, ya que se despiertan otros intereses y existe la posibilidad de satisfacerlos fuera del núcleo familiar, lo que viene acompañado de una ampliación de su red de amistades.

Otro cambio importante percibido es el incremento de la vitalidad. El alumno declaró “sentirse más joven” y con mayor energía. Los entrevistados manifiestan que sienten que han or-

² Unex es un programa de extensión de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), creado en el año 2000 y dirigido a mayores de 50 años.

³ Investigación cualitativa, con una muestra de 99 personas, 33 alumnos de Unex y 66 familiares. El programa se desarrolló en Lima, por lo que el estudio también se realizó en la ciudad capital. Reporte inédito.

ganizado su vida y adquirido un sentimiento de orden que implica la sensación de juventud y el control de los impulsos. La familia, y en algunos casos el mismo alumno o alumna, identifica una mejora del carácter, haciéndolos más tolerantes y pacientes para afrontar problemas.

Se menciona también como un aspecto central el desarrollo de competencias, es decir, habilidades generales, conocimientos y habilidades cognitivas. Se adquieren conocimientos nuevos y se refuerzan los anteriores. En general, hay una sensación de enriquecimiento en el ámbito académico. Los entrevistados declaran sentirse capaces de entablar conversaciones sobre distintos temas, dar su propio punto de vista, además de haber mejorado sus procesos individuales de pensamiento y oratoria. No sólo adquieren conocimientos, sino que incrementan habilidades, todo ello les permite desarrollar capacidades cognitivas, lo que los hace sentirse útiles y respetados por su familia.

La rutina diaria gira alrededor de otros intereses (leer, comprar libros, cumplir con sus clases) y los confrontan con sus pares. Manifiestan sentirse más animados o contentos, más seguros, más comunicativos e incluso con ganas de desarrollar nuevos proyectos. Declaran, en un alto porcentaje (70%), que su paso por el programa les ha facilitado el inicio de nuevos proyectos o actividades, lo cual los hace sentir que siguen siendo activos y esto fortalece su seguridad en sí mismos.

Todo lo anterior refuerza su autoestima, lo cual es declarado como un cambio marcado a nivel personal. Los familiares también perciben un desarrollo personal en el adulto mayor y una mejora en las relaciones familiares, resaltan el aprendizaje del uso de la computadora personal y piensan que el espacio fuera de casa crea una distancia saludable. Más allá del estudio, pudimos recoger también sus comentarios respecto a mejoras en la salud (la presión baja, desaparece el insomnio, menos nerviosismo), entre otros aspectos declarados como cambios percibidos a partir de su in-

corporación a los estudios. Podríamos afirmar que su paso por las aulas tiene un impacto liberador.

A partir de esta experiencia y de lo observado en los años posteriores a la realización de este estudio, se planteó medir con mayor detenimiento los efectos del paso por las aulas en su capacidad para tomar o retomar el control, para empoderarse en los espacios y en las condiciones en las cuales desarrolla su actividad cotidiana.

MARCO CONCEPTUAL

Al revisar las reflexiones sobre empoderamiento desarrolladas en la última década en el Perú, encontramos que en general están vinculadas al género y a las intervenciones sociales orientadas a recuperar la voz de las mujeres de sectores empobrecidos, tanto de áreas rurales como urbanas (Ruiz Bravo, 2003; Loayza, 2003; Calisaya, 2004), muchas veces vinculadas al tema de la salud reproductiva, a la alfabetización o las experiencias microempresariales conducidas por mujeres. Sin embargo, no encontramos reflexiones relativas específicamente a las mujeres (ni a hombres) del segmento de 60 y más años.

La mayor parte de las reflexiones se dan sobre proyectos de intervención social ejecutados por organismos de cooperación para el desarrollo, donde la utilización del concepto es bastante amplia y algunas veces imprecisa. Ya mencionamos en un artículo anterior (López, 2010) que su amplia utilización “ha permitido extender el concepto de empoderamiento con base en experiencias de intervención directa con poblaciones diversas, y con ello se ha extendido también el alcance y el significado que se le otorga al concepto” (p. 84).

Hay incluso algunos autores, como García, Iturralde, Bobadilla, Soria (Asocam, 2006) que cuestionan el uso del concepto de empoderamiento cuando proviene de organismos de desarrollo o proyectos de intervención social que pretenden “dar poder”

a la población como si el poder fuera algo que pudiera darse desde arriba “como si fuera un bien tangible” (Soria, 2006: 47). Como dice García:

la participación de los beneficiarios, en los servicios o proyectos, no tiene por objeto principal profundizar la democracia sino mejorar la efectividad de los procesos. Aun cuando los proyectos se proponen explícitamente fortalecer la capacidad organizativa de la población, este propósito está supeditado a los objetivos del proyecto que, generalmente, consisten en brindar algún tipo de servicios a la población (García, 2006: 11).

Comparto estas observaciones. Sin embargo, desde otra perspectiva, esta limitación se explica como parte de un proceso natural de transformación de los modelos de desarrollo vigentes que orientan las intervenciones desde el Estado o las organizaciones de desarrollo hasta la década de los años ochenta del siglo pasado, donde aún predominaba el modelo del Estado de bienestar y una perspectiva asistencial para desterrar la pobreza. Esta perspectiva enmarcaba los programas de desarrollo en aspectos como salud, educación y alimentación, entre otros.

Al plantearse a finales de los ochenta una reevaluación de dichos programas, en el marco de una perspectiva promotora o facilitadora que incorporaba a los beneficiarios en la consecución de los servicios, el protagonismo de los mismos pasa a ser un aspecto central de las propuestas, sirviendo además esta perspectiva para replantear la política estatal y las intervenciones sociales de otros agentes (Informet, 2005). Es, por lo tanto, hasta épocas relativamente recientes cuando el tema del empoderamiento se introduce en las propuestas de desarrollo y lo que podemos afirmar es que si bien en algunos casos se viene trabajando de forma seria y responsable, cuestionando y criticando los factores sociales que han causado el *desempoderamiento* de las poblaciones marginadas, y se están empezando a trabajar acciones observables y medibles, en otros son sólo una inclusión formal del concepto,

porque se sigue viendo a los beneficiarios como sujetos pasivos receptores de ayuda y sin capacidad (o con poca capacidad) para intervenir y dirigir sus propios procesos de desarrollo.

Por otro lado, y a pesar de las reflexiones hechas al respecto sobre otros grupos sociales, la reflexión sobre *empoderamiento y vejez* es todavía escasa no sólo en Perú, sino en muchos países. Y aunque sabemos de algunas experiencias de intervención social dirigidas a mayores con un componente o propuesta de empoderamiento (Cruz, 2000; Vargas, 2005), la mayor parte de las reflexiones encontradas se refieren al adulto mayor como parte de una población en general beneficiaria de políticas o proyectos de desarrollo, o como grupo etario en el interior de éstos. Siendo escasa dicha reflexión, lo es aún más cuando se habla del empoderamiento no de un grupo etario u organización social, sino como de un individuo que envejece.

INDIVIDUO, VEJEZ Y EMPODERAMIENTO

Si un individuo, hombre o mujer, ha tenido el poder de controlar y administrar su vida durante la mayor parte de ella, e incluso si no lo ha tenido (como muchas mujeres), en la mayoría de los casos al llegar a la vejez pierde buena parte de ese poder, entendido como su capacidad y autonomía para decidir por sí mismo sobre los aspectos que le atañen (salud, trabajo, actividades). Conforme avanza en edad, va perdiendo control sobre su vida, el cual va recayendo paulatinamente en otros: la pareja, los hijos o los nietos, el cuidador, las circunstancias.

La pérdida de poder en esta etapa de la vida está vinculada a múltiples variables que inciden en este proceso, como la jubilación o los propios cambios físicos, biológicos, psicológicos y afectivos por los que atraviesa el individuo, que siendo cambios reales, se asocian indefectible y exageradamente también a una merma absoluta, a una disminución de sus capacidades, a situaciones limitantes, con lo cual se internaliza en el individuo una percepción

fatalista de sus posibilidades futuras como ser humano. Las pérdidas (de familiares, de la pareja, de amigos, de habilidades, de roles, etc.) son también situaciones que merman su desarrollo individual, así como sus relaciones personales, que desarticulan sus redes sociales, las cuales son también redes de apoyo personal. Estos cambios son un fuerte golpe a su fortaleza y seguridad.

Muchas veces el individuo deja de realizar actividades al envejecer, por decisión personal o por la presencia y el efecto de enfermedades o síndromes asociados al envejecimiento, o por presión familiar o social, o porque se vuelve objeto de sobreprotección por parte de los hijos, o bien, por el contrario, porque son abandonados por éstos o sus familias, entre otros factores que se presentan solos o combinados. Va dejando de ejercitar o de desarrollar habilidades y capacidades, como la de decidir por sí mismo en circunstancias diversas. Va perdiendo paulatinamente autonomía y con ello el control sobre sus acciones, su vida y su entorno, lo que a su vez profundiza la dependencia y la inseguridad. La pérdida de poder y de control merma su calidad de vida, lo cual, a corto o largo plazo, afecta su salud.

Además de los cambios personales, podemos identificar la importancia de las imágenes o representaciones sociales vigentes sobre la vejez. Diversos autores, como J. Yuni, C. Urbano y M. Arce (2006), R. Fernández (2000), E. Nieto y otros (2006), A. Moñivas (2004) y L. Gastrón (2003), entre otros, han analizado el impacto de las representaciones sociales en la subjetividad de las personas, en sus creencias y en las formas de responder a diversas situaciones. Las representaciones sociales norman las conductas, orientan las respuestas y las acciones que desarrollan los individuos ante diversas situaciones, dan un marco interpretativo a su interacción con el mundo y con los otros. Según Yuni, las representaciones sociales son

el medio por el que las personas como sujetos de cultura, aprehenden y se apropian de los hechos de la vida, del ambiente propio,

de la información que circula en él. Son modos de interpretar, pensar, categorizar la vida cotidiana que en gran medida se forman, cambian y reproducen a través del discurso (Yuni, 2000: 22).

Las representaciones sociales predominantes en nuestras sociedades sobre la vejez están generalmente asociadas a la enfermedad, el declive y la irreversible disminución de capacidades y habilidades físicas, mentales y sociales. Estas representaciones han sido incorporadas por los individuos en su socialización a lo largo de toda su vida, desde el hogar, pasando por la escuela, el barrio, los medios de comunicación y otros canales de socialización. Están tan profundamente arraigadas que, lamentablemente, influyen de manera decisiva incluso en la percepción que sobre sus propias capacidades y habilidades tienen los adultos mayores.

Los mensajes explícitos o implícitos que reciben los mayores acerca de su propia condición tienen, en definitiva, un impacto en dicha percepción. Simone de Beauvoir (2011), en su reflexión sobre vejez y biología, menciona que un doctor amigo le citó el caso de “una mujer de 63 años, muy bien conservada, que soportaba valientemente violentos dolores por los cuales la estaban tratando. Un médico le dijo irreflexivamente que no se curaría nunca, la mujer envejeció de golpe veinte años y sus dolores aumentaron” (p. 42). El lenguaje, la palabra, el mensaje, la imagen, pueden convertirse en la estocada que hunde al individuo en su propio deterioro; de eso podemos deducir lo importantes que pueden ser las imágenes, los conceptos o los mensajes positivos (o negativos) que emitimos y recibimos sobre la vejez, y la fuerza de su impacto en nuestras propias representaciones y, por ende, en nuestras fortalezas para afrontar los cambios en esta etapa de la vida.

Hay, asimismo, otras variables cuyo peso puede ser decisivo como potenciador en el proceso de desempoderamiento de quien envejece; por ejemplo, el sexo al que pertenece; o bien, la procedencia socioeconómica, como cuando en un hogar con pocos recursos la persona mayor es vista y tratada como una carga.

Como vemos, el proceso de desempoderamiento del individuo mayor es muy complejo, tiene muchas dimensiones, condiciones y tiempos. Esta complejidad nos llevaba a plantear que:

el proceso de empoderar al adulto mayor supone considerar muchos factores: su historia personal, las capacidades y habilidades adquiridas a lo largo de la vida, el ejercicio (o no) de esas capacidades, los roles cumplidos, su salud actual, su nivel de educación, entre otros. Esta experiencia, que trae consigo, será su punto de partida puesto que, la posibilidad de empoderarse o reempoderarse de su vida dependerá del punto de partida o la experiencia previa, pero además, de su decisión para romper con los estereotipos y obstáculos sobre el envejecimiento vigentes (López, 2010: 97).

Empoderarse es, pues, recuperar poder, el control de sus vidas, el cual puede haberse perdido en los años de envejecimiento o durante toda la vida, como en el caso de muchas mujeres mayores. Supone revisar, reestructurar, trastocar o invertir las condiciones individuales y de contexto que llevaron al individuo a perderlo, y también las ideas que tenemos sobre ellas. Por eso es un proceso cuya duración no es posible prever con exactitud ni tampoco hacia dónde se orientaría el cambio, ni qué motivaciones o acciones puede provocar en el individuo. De ahí también las dificultades para medirlo.

Pero si hablamos de empoderamiento del individuo, debemos también considerar ciertas condiciones previas. Sánchez Pilonieta, citando a Rowlands, menciona que en su dimensión personal “el empoderamiento supone desarrollar el sentido del yo, de la confianza y la capacidad individual, y deshacer los efectos de la opresión interiorizada” (Sánchez, 2002: 41). Y podemos afirmar que aunque pueda parecer un proceso difícil, sí es factible el cambio. Se ha demostrado muchas veces la capacidad de aprender del ser humano hasta el último día de su vida; además, hay que considerar la fuerza que pueden tener las motivaciones vitales y el impulso que dan las necesidades.

Por ello compartimos la opinión de D. Cruz, cuando de acuerdo con Waters y Goodman nos dice:

el enfoque de empoderamiento para tratar a personas mayores se basa en el hecho de que ellos pueden aprender, pueden cambiar y pueden tomar el control de sus vidas. [...] implica entonces que nuevas habilidades pueden ser aprendidas [...] incluyendo la revisión de creencias acerca de las habilidades de uno y de su propia eficacia (Cruz, 2000: 25).

Empoderar tiene que ver entonces con capacidades, habilidades y potencialidades instaladas en el individuo que serán el punto de partida y se expresarán a través de una acción. Un individuo mayor tiene la posibilidad de recuperar capacidades, autoestima, autonomía, autodeterminación y, con ello, control. La recuperación de estas capacidades y habilidades, luego de la “opresión interiorizada”, puede hacer al individuo un sujeto crítico, cuestionador de las condiciones que lo desempoderaron y, por ende, que llegue a tener la agencia necesaria para empoderarse.

EMPODERAMIENTO Y AGENCIA PERSONAL

El concepto de la agencia personal proviene fundamentalmente de la psicología y ha sido adoptada y extendida al campo de los proyectos de desarrollo en la medida en que se proponen empoderar. Agencia personal y empoderamiento son dos conceptos que están interrelacionados. En la psicología se les vincula a otros conceptos, como autonomía, autodeterminación, autoeficacia, control. El concepto de agencia

se refiere a la competencia personal, enfocándose en el individuo como un actor que opera en un contexto social [...]; la agencia es la habilidad de definir metas propias de forma autónoma y de actuar a partir de las mismas [...] el concepto de agencia incorpora más que la acción; incluye también la intención, el significado,

la motivación y el propósito que los individuos imprimen a sus actividades (Pick y otros, 2007: 295).

La agencia es un proceso que ocurre fundamentalmente a nivel individual, tiene que ver con las capacidades propias del individuo y las capacidades ganadas o adquiridas. La agencia es necesaria para el empoderamiento, ya que le da capacidad de elegir y actuar. De acuerdo con S. Pick y C. Ruesga:

la agencia y el empoderamiento son dos cosas distintas. Mientras que la agencia es un concepto inherentemente individual, el empoderamiento implica también la transformación de condiciones estructurales o externas (materiales y no materiales, como las reglas, grupos, organizaciones, instituciones, políticas, etc.) y las relaciones de poder entre las personas de una sociedad. El empoderamiento requiere de un proceso personal en el que el desarrollo de la agencia resulta indispensable (Pick y Ruesga, 2006: 3).

Desde esta perspectiva, podemos entender que desarrollar agencia y empoderarse son dos dimensiones de un mismo proceso; el desarrollo de la agencia está completo cuando el individuo actúa sobre su realidad o cambia las condiciones de su entorno desempoderante a partir de las afirmaciones y fortalezas que ha sido capaz de desarrollar.

Cabe agregar que un elemento central en el desarrollo de la agencia y el empoderamiento es la percepción de autoeficacia que el individuo tiene sobre su capacidad para tomar las riendas de su vida. A. Bandura (1999: 19), reflexionando sobre el ejercicio de la eficacia personal, dice que:

La incapacidad para ejercer influencia sobre las cosas que afectan adversamente a la propia vida crea aprensión, apatía o desesperación. La capacidad para producir resultados valiosos y para prevenir los indeseables, por lo tanto, proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio de control personal.

La autoeficacia percibida son las creencias que tienen las personas en sus propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones diversas. Estas creencias incluyen el modo de pensar, de sentir, de motivarse y de actuar de las personas.

En el empoderamiento, un elemento vital es tener confianza en la propia capacidad para revertir las situaciones desempoderantes y, conscientemente, trazar estrategias emocionales, cognitivas, motivacionales y ejecutivas para revertirlas o minimizarlas. El propio éxito experimentado; el ver a otras personas con las que nos identificamos que lo logran; el que los otros confíen en nosotros o nos animen; el favorecer un buen estado físico y desterrar emociones negativas. Redunda todo ello en un desarrollo de la autoeficacia y, por lo tanto, fortalece nuestra agencia personal.

EDUCACIÓN Y EMPODERAMIENTO

El empoderamiento a través de la educación está muy vinculado al tema de la agencia. Cuando Paulo Freire publicó *Pedagogía del oprimido*, en 1970, se planteó por primera vez que la educación dirigida a adultos puede y debe cumplir una acción emancipadora y crítica. Los educandos deben convertirse en sujetos críticos y participativos capaces de construir el conocimiento junto a su educador. Es necesaria una educación que posibilite pensar la realidad y cuestionarla, es necesaria una pedagogía liberadora. Esta liberación hace posible el ejercicio de los derechos y de la ciudadanía. Y para ejercer la ciudadanía y la capacidad de decidir con criterios propios, el individuo debe desarrollar agencia.

Es decir, a partir del desarrollo de capacidades y habilidades que adquiere gracias a la educación liberadora es posible que el educando se empodere de su vida y pueda ejercer control sobre ella. La educación es empoderadora cuando permite y propicia en el alumno el desarrollo de su capacidad crítica y de las capacidades que le permiten decidir por sí mismo.

La educación dirigida al adulto mayor, para que propicie el desarrollo de dichas capacidades, debe partir del principio de que el ser humano sigue en formación hasta el último día de su vida, y si no hay una edad específica para aprender porque el individuo puede aprender a lo largo de toda su vida, entonces tampoco hay una sola edad para desarrollar un pensamiento crítico, reflexivo, cuestionador. Debe partir de que los mayores pueden y deben seguir desarrollándose como seres humanos, y que puede y debe desarrollar nuevas habilidades. Por ello, no se trata de ayudarlos a adaptarse al sistema o a su realidad, o de brindarles cursos y talleres para que se entretengan, sino de constituirlos en sujetos críticos, capaces de pensar y actuar sobre dicha realidad para transformar su entorno con las acciones que puedan desarrollar en su familia, su comunidad, su ciudad o su país. Compartimos por ello la afirmación de Torres:

Desde este punto de vista, la educación debe estar inspirada en procesos que permitan el protagonismo no sólo en la construcción del conocimiento y en el desarrollo de la crítica, sino en la intervención social, de allí que se hace necesario promover en el aula el desarrollo de habilidades comunicativas, de pensamientos autónomos estructurados reflexivamente con disposición a la crítica y al diálogo (Torres, 2009: 98).

Por ello se replantea el rol del docente, conductor o guía del proceso de aprendizaje-empoderante. Su papel está vinculado estrechamente a la definición de los objetivos, currículas, estrategias y metodologías, de las formas de transmitir el conocimiento y de construirlo conjuntamente con los educandos mayores en un ambiente incluyente, respetando y recogiendo las diferencias y la libertad de ideas, pero en un marco de respeto mutuo entre el docente y la persona mayor, entre la entidad académica y el alumno.

No entraré en el terreno de la reflexión teórica y metodológica sobre la educación de personas adultas mayores, que se viene desarrollando hoy a través de la gerontagogía,⁴ sólo haré

⁴ La gerontagogía ha sido definida por A. Lemieux (1997) como una ciencia aplicada que tiene por objeto el estudio de métodos y técnicas selec-

hincapié en que para desarrollar una educación que promueva una visión crítica y empoderante se requieren docentes y un entorno educativo que partan de este enfoque y sean promotores activos en este proceso.

METODOLOGÍA

Se presenta un estudio de casos de carácter exploratorio, cuyo objetivo central es medir la capacidad de empoderamiento de un grupo de adultos mayores (AM) luego de su participación en un programa educativo. Ello se hizo a partir de establecer indicadores asociados al empoderamiento, como autonomía, seguridad, sentimiento de control, desarrollo de capacidades, entre otros que se detallan más adelante.

Se han recogido también las sugerencias de algunos autores y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el sentido de considerar la importancia de los métodos cualitativos para medir o evaluar los cambios y de tomar como principal referencia la autopercepción del sujeto de estudio (en este caso, los mayores estudiantes) sobre los cambios en su vida, puesto que el empoderamiento es un proceso básicamente subjetivo y complejo.

INSTRUMENTOS

Primera parte

- Observación etnográfica —realizada durante varios años previos al desarrollo del estudio— del grupo de AM, en su entorno de aprendizaje. Observación de su conducta e interacciones. Largas conversaciones individuales, estable-

cionadas y reagrupadas en un hábeas corpus de conocimientos orientados en función del desarrollo del discente mayor. J. García Mínguez (2004), por su parte, la define como el conjunto de normas, principios y leyes que regulan el fenómeno educativo *en personas mayores*.

ciendo relaciones muy personales y cercanas con los entrevistados. Cuaderno de campo.

- Aplicación de guía de preguntas. Instrumento elaborado a partir de indicadores de empoderamiento.

Segunda parte:

- Adaptación de la escala para medir agencia personal y empoderamiento (Esage) construida por el Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y la Población en el marco de la evaluación de programas de desarrollo humano y comunitario. Aplicación a la misma muestra.

Muestra: 35 Alumnos y ex alumnos, seleccionados del universo de todos los matriculados en el programa desde el año 2000 hasta el 2009 (aproximadamente 900 alumnos). Los criterios de selección fueron:

- Alumnos que se matricularon al menos nueve veces o más (es decir, nueve ciclos trimestrales o más, consecutivos o no consecutivos).
- Selección de los tres o cuatro primeros de cada lista anual de matriculados (ordenados de más a menos en función del número de veces que se matricularon)
- El criterio que subyace en los dos anteriores era que para obtener un impacto individual del paso por las aulas de los alumnos se requería que se hubieran mantenido en el programa por un periodo más o menos largo, matriculándose varias veces. El número de veces matriculados en promedio fue de 11.

Se propusieron los siguientes indicadores, destinados a medir en los entrevistados, según sus propias percepciones, los cambios ocurridos en sus dinámicas cotidianas.

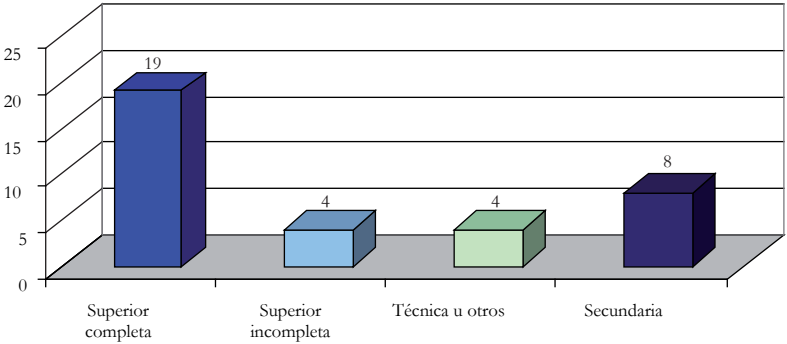
- Mayor seguridad para tomar decisiones
- Mayor capacidad y determinación para participar en actividades
- Mayor seguridad para realizar actividades fuera del hogar
- Mayor autonomía (para salir, realizar actividades nuevas, hacer lo que le gusta, cuidarse a sí misma/o)
- Percepción de control sobre su vida y su entorno
- Mayor participación en nuevas actividades
- Cambios en las relaciones con la pareja/con los hijos
- Percepción de cambio de valores personales

Aplicación de los instrumentos durante un periodo de 60 días a 30 mujeres y cinco hombres. La aplicación se realizó entre los meses de junio y agosto de 2010.

RESULTADOS

Perfil. En cuanto al perfil de los entrevistados, se encontró que el promedio de edad de los entrevistados era de 69 años y el rango estaba entre los 50 y los 81 años.

GRÁFICA 1
NIVEL EDUCATIVO

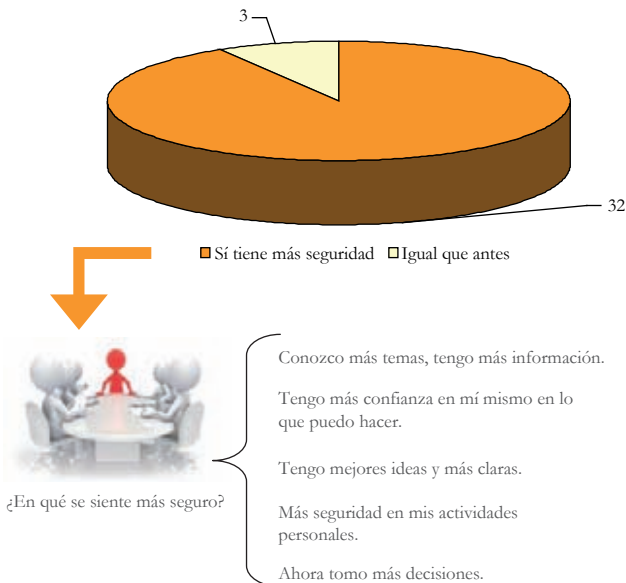


En el perfil educativo encontramos que 19 de los entrevistados tiene educación superior terminada; es decir, alrededor de la mitad, lo que coincide con el porcentaje de alumnos con educación superior terminada que estudian en Unex (49%).

CAMBIOS AUTOPERCIBIDOS POR ALUMNOS MAYORES SEGÚN DIVERSOS INDICADORES

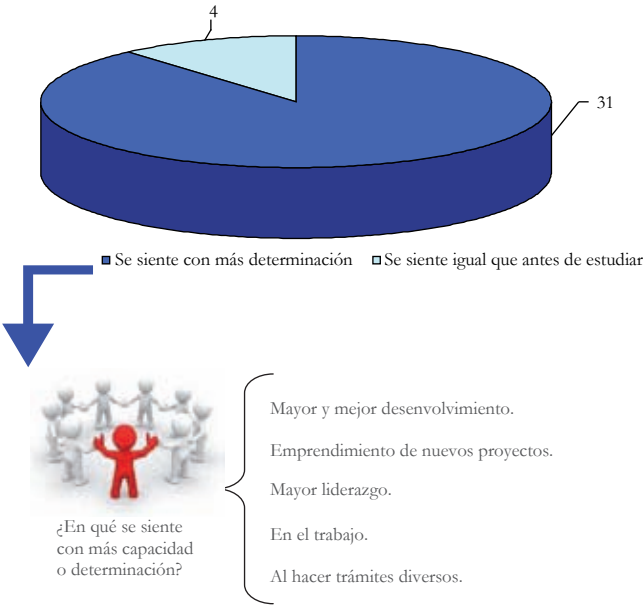
Debo mencionar que en las respuestas que a continuación se presentan, las cinco razones que recogimos y transmitimos son las mencionadas por la mayoría o casi todos los participantes; es decir, son las respuestas más comunes, aunque no agotan la variedad de respuestas expresadas. En la aplicación de las preguntas se obtuvieron los siguientes resultados:

GRÁFICA 2
MAYOR SEGURIDAD PARA TOMAR DECISIONES LUEGO DE SU PASO POR LAS AULAS



En definitiva, en el grupo estudiado se encontró un número alto de entrevistados (33) que declara sentirse más seguro que antes de su paso por las aulas, y esta seguridad se expresa en un mayor conocimiento y manejo de temas que le permite tener mejores ideas y más claras, también en que tiene más confianza en sí mismo y en su capacidad para realizar diversas actividades y tomar decisiones.

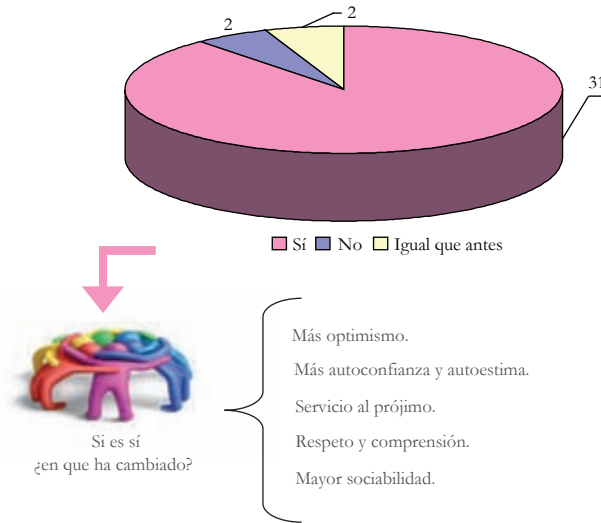
GRÁFICA 3
MÁS CAPACIDAD O DETERMINACIÓN PARA DESARROLLAR NUEVAS ACTIVIDADES LUEGO DE SU PASO POR LAS AULAS



Si se habla de su determinación para desarrollar actividades luego de su paso por las aulas, se encuentra que 31 de los 35 sienten que han desarrollado más determinación y lo perciben en que se desenvuelven mejor en diversas circunstancias, en que han emprendido nuevos proyectos, sienten que ejercen un mayor liderazgo en sus relaciones personales con sus pares o en el tra-

bajo, e incluso que se sienten con mayor determinación en situaciones tan sencillas como al hacer trámites diversos.

GRÁFICA 4
¿HA PERCIBIDO UD. SI HAN CAMBIADO ALGUNOS VALORES O PERSPECTIVAS EN SU VIDA LUEGO DE SU PASO POR LAS AULAS?

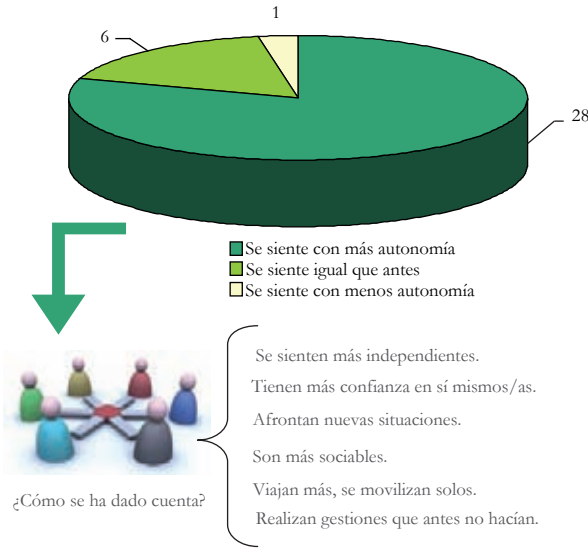


La autonomía es una capacidad especialmente importante en el proceso de desarrollar agencia y empoderamiento; por ello esta pregunta parecía clave para confirmar lo que se venía encontrando en las conversaciones sostenidas con los mayores. Se encontró que un número muy significativo (28) declara sentirse con mayor autonomía desde que se incorporó a los estudios y ésta se expresa en que se sienten más independientes, se perciben más sociables, realizan gestiones que antes no hacían, se movilizan solas/os, se sienten con capacidad de afrontar nuevas situaciones y han desarrollado una mayor confianza en sí mismos.

Seis no perciben ningún cambio y hay que destacar que entre los que responden de esta manera se encuentran los varones. Se encontró una sola persona que declara sentirse con menor

autonomía que antes de su paso por las aulas. Esta respuesta condujo a hacer una mayor indagación sobre la entrevistada y comentó que, desde que ella se había incorporado al estudio, su esposo no dejaba de presionarla para que no saliera, y dado que ella de todos modos lo hacía, esto le producía una tensión permanente y se sentía atemorizada y con poca libertad.

GRÁFICA 5
SIENTE QUE TIENE MÁS AUTONOMÍA
(SALIR SOLO/A, HACER LO QUE LE GUSTA SIN CONSULTAR,
CUIDARSE A SÍ MISMO/A) LUEGO DE SU PASO POR LAS AULAS:

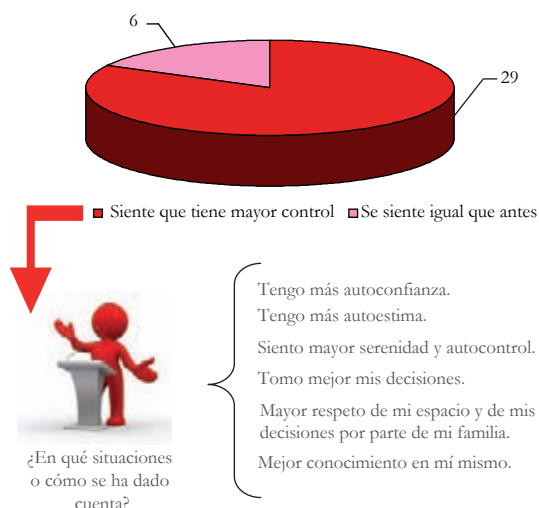


La autopercepción de control era otro de los indicadores que parecían clave, y a la pregunta de si sentían mayor control de sus vidas después de su paso por las aulas, 29 entrevistados respondieron que sienten un mayor control y seis que se sienten igual que antes. Entre los que piensan que tienen un mayor control, su percepción se basa en que sienten que tienen más autoestima y autoconfianza; que toman mejor sus decisiones, de forma más serena y con mayor

autocontrol; que se han ganado el respeto de su familia, tanto para su persona como para sus espacios y decisiones.

Hay otras respuestas que se recogieron en esta pregunta, pero en menor proporción, entre las que se encuentran el sentir que tienen ideas más claras para resolver situaciones o para dar opiniones y la adquisición de nuevos conocimientos para respaldar dichas opiniones.

GRÁFICA 6
 ¿SIENTE QUE TIENE MAYOR CONTROL SOBRE SU VIDA
 O SOBRE SU ENTORNO DESPUÉS DE SU PASO POR LAS AULAS?

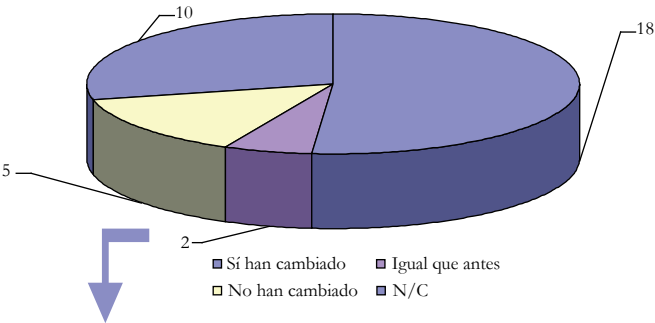


Acercas de los cambios percibidos en sus relaciones familiares gracias a su paso por las aulas, 18 respondieron que sí perciben cambios, siete declararon estar igual que antes y 10 no respondieron. Entre los que respondieron afirmativamente algunos declararon que lo perciben en que sienten que hay mayor respeto y tolerancia de parte de la familia y que mejoró la comunicación entre sus miembros.

Algunas de las alumnas mujeres declararon sentirse menos dependientes de su entorno familiar y que hay apoyo total para que continúen con sus estudios. Cinco de las entrevistadas declararon

que se han fortalecido las relaciones en el interior del hogar. Tres declararon que ellas mismas se han vuelto mejores oyentes que antes, que están más dispuestas a dialogar. En cuanto a los hijos, éstos les han expresado su satisfacción por verlas estudiar, llegando a manifestar orgullo y alegría y brindándoles su apoyo total. Sienten más armonía e integración, y tienen más temas de conversación. En lo que respecta a los familiares no cercanos y amigos, manifestaron que los han felicitado y han recibido aliento para continuar.

GRÁFICA 7
¿SIENTE QUE HAN CAMBIADO SUS RELACIONES EN EL INTERIOR DE SU HOGAR, POR EJEMPLO, CON LA PAREJA O LOS HIJOS (DESPUÉS DE SU PASO POR LAS AULAS)?



Si es sí,
¿cómo ha cambiado?

- Hay apoyo total para seguir cursos.
- Se ha fortalecido su relación.
- Menor dependencia (respuesta femenina)
- Mejoró la comunicación.
- Hay mayor respeto y tolerancia.

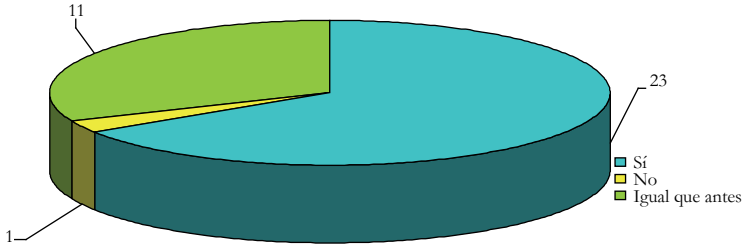
Por último, al preguntárseles sobre cambios en valores o perspectivas en su vida luego de su paso por las aulas, se encontró que 31 respondieron que sí han percibido cambios y los cuatro restantes que no, o igual que antes. Entre quienes declararon que sí, sienten que han cambiado porque están más optimistas ante la vida y los problemas; que se sienten con más autoconfianza y

autoestima, que también son valores personales, y con ello refuerzan las respuestas anteriores. Sienten que los atrae prestar más servicios al prójimo, que hay mayor respeto y comprensión de los demás y también que se han vuelto más sociables.

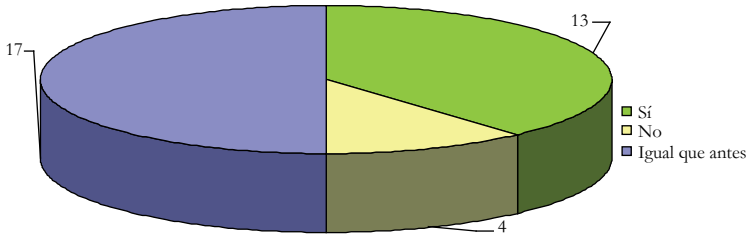
CAMBIO DE ROLES EN EL INTERIOR DEL HOGAR

Se deseaba saber si los cambios que los entrevistados identificaban en sí mismos y que aparecían como muy positivos tenían un reflejo en su entorno inmediato, así que se les hicieron algunas preguntas pidiéndoles que identificaran, si los había, algunos cambios en la relación con sus familiares o en los roles que tradicionalmente desempeñaban en su hogar. Se encontró lo siguiente:

GRÁFICA 8
¿TIENE MÁS COOPERACIÓN EN EL INTERIOR DEL HOGAR DESPUÉS DE SU PASO POR LAS AULAS?

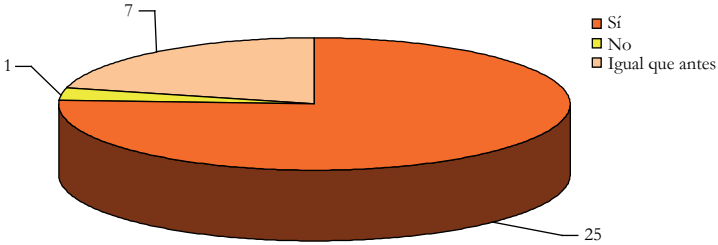


GRÁFICA 9
¿HACE MENOS TAREAS DOMÉSTICAS DESPUÉS DE SU PASO POR LAS AULAS?



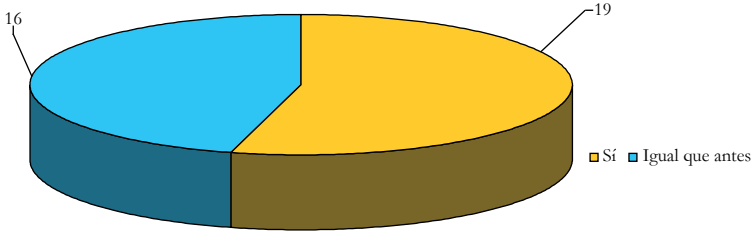
GRÁFICA 10

¿TIENE MÁS ESPACIO Y TIEMPO PARA HACER LO QUE QUIERE DESPUÉS DE SU PASO POR LAS AULAS?



GRÁFICA 11

¿SIENTE QUE TIENE MÁS AUTORIDAD DENTRO DEL HOGAR?



De las cuatro preguntas, aquella que inquiere si siente que tiene más espacio y tiempo para hacer lo que quiere luego de su paso por las aulas y que tiene un buen porcentaje de respuestas positivas (25) podría estar indicando que sí han variado los roles en el interior del hogar, dado que sólo se tiene más tiempo y espacio para hacer lo que uno desea cuando se han dejado de hacer otras cosas que antes no lo permitían.

Al preguntar si una de las cosas que han cambiado es que ellas reciben más cooperación de los miembros de su familia en el interior de su hogar, un significativo número (23) responde que sí, aunque un respetable grupo (casi un tercio) responde “igual que antes”. Asimismo, cuando en el caso de las mujeres se les pregunta si hacen menos tareas domésticas en el interior de su

hogar, sólo la mitad (17) responde que sí y las demás que no, o igual que antes. Al preguntárseles si sienten que tienen más autoridad dentro del hogar, algo más de la mitad declara que sí sienten que tienen más autoridad.

La gráfica 6, sobre relaciones en el interior del hogar, sumada a los últimos datos comentados, nos indicaría que si bien el alumno mayor tiene en su mayoría un mejor estatus en el interior del núcleo familiar, siendo más estimada/o, reconocida/o, respetado/o por los suyos, esto no se expresa en igual proporción en un cambio relevante de roles, aunque sí incide en parte en la modificación de los mismos.

Por último, y para recoger un indicador vinculado a la dependencia económica y la posibilidad de que este factor limite al entrevistado para asumir el control de su vida, se preguntó a los entrevistados: ¿depende usted económicamente de alguien? Veinticuatro de 35 respondieron que no dependen de terceros; es decir, que tienen ingresos propios; 10 (poco menos de un tercio de los entrevistados) respondió que sí depende de otros y uno no respondió.

De los 10 que respondieron que sí dependen de otros, sólo cuatro manifestaron que esto lo sienten como una limitación para su autonomía. Asumimos que éste es un factor que podría ser mejor y más profundamente evaluado en una muestra mayor, ya que cuando hablamos de empoderamiento de la mujer se ha comprobado que un factor clave para ello es que tenga ingresos propios (Chablé y otros, 2007; Stromquist, 1995).

El otro instrumento utilizado para recoger percepciones de los alumnos participantes es una adaptación de la escala de medición de empoderamiento y agencia personal de S. Pick y otros (2007), de la cual se tomaron sólo 18 de los más de 40 indicadores o reactivos de medición propuestos y se cruzó la información con la variable cambios en el tiempo, que tiene tres valores: más que antes, igual que antes y menos que antes de su paso por Unex.

La selección de 18 indicadores se realizó bajo el criterio de que coincidieran o se complementaran con los que habíamos trabajado en el otro instrumento aplicado a la misma muestra.

Las diversas variables que engloban los indicadores o reactivos propuestos y que se intentan medir son: autoeficacia, autodeterminación, autoestima, control de sus conductas, pensamiento independiente, reconocimiento de aprendizaje, percepción de su contexto, control sobre su entorno.

Veamos los resultados en el cuadro siguiente, de las páginas 236 y 237.

Las respuestas hacen evidente que, en definitiva, hay cambios autopercebidos en los miembros de este grupo como resultado de su incorporación al estudio, y aquellos indicadores que reciben respuestas mayoritarias son los que apuntan a reforzar su capacidad de tomar el control de su vida y su entorno.

Así, por ejemplo, hay algunas respuestas muy comunes, como la convicción de que pueden aprender cosas nuevas, reconocida por 31 de los 35 entrevistados, o la facilidad para socializar, o la percepción de una mayor seguridad en sí mismos, que les da satisfacción por lo que son y por cómo son, y una percepción de su capacidad para hacer muchas cosas. Esto es definitivamente un refuerzo de la autoestima, primer paso para afirmarse como individuo y tomar decisiones propias.

El sentimiento de control sobre su entorno también está muy presente en sus respuestas, como cuando declaran que sienten que les gusta planear sus actividades y que tienen un mayor control sobre lo que les pasa luego de su paso por las aulas. Asimismo, cuando expresan también mayoritariamente que “hacen lo que se proponen”.

La mayor autodeterminación se expresa en respuestas como: “expreso mi opinión públicamente” más que antes de incorporarse a los estudios, o que exigen sus derechos “aunque otros no estén de acuerdo”, o cuando responden: “me quejo ante las autoridades cuando hay un abuso”. Esta mayor autodeterminación responde tanto a que hay un entorno o grupo que les brinda el espacio adecuado para hacerlo y la posibilidad de probarse a sí mismos/as, como a que han desarrollado la capacidad de levantar la voz y hacerse escuchar.

CUARO 1
 AUTOPERCEPCIÓN DE CAMBIOS ANTES
 Y DESPUÉS DE LA EXPERIENCIA EDUCATIVA*

| <i>Afirmaciones</i> | <i>Más que antes de ingresar a Unex</i> | <i>Igual que antes de ingresar a Unex</i> | <i>Menos que antes de ingresar a Unex</i> | <i>No responde</i> | <i>Total</i> |
|---|---|---|---|------------------------|--------------|
| Expreso mi opinión públicamente | 25 | 10 | | | 35 |
| Me siento seguro/a con mis decisiones | 28 | 6 | | 1 | 35 |
| Tengo iniciativa para hacer las cosas | 26 | 8 | 1 | | 35 |
| Exijo mis derechos aunque otros no estén de acuerdo | 25 | 10 | | | 35 |
| Me da vergüenza equivocarme cuando estoy en público | 3 | 8 | 22 | 2 | 35 |
| Me desespero ante situaciones difíciles | 2 | 8 | 23 | 2 | 35 |
| Me gusta planear mis actividades | 26 | 8 | 1 | | 35 |
| Tengo control sobre lo que me pasa | 26 | 6 | 1 | 2 | 35 |
| Me siento capaz de hacer muchas cosas | 24 | 8 | 1 | 2 | 35 |
| Me gusta tener responsabilidades | 18 | 12 | 3 | 2 | 35 |
| Hago lo que me propongo | 22 | 7 | 1 | 5 | 35 |

CUADRO 1 (continuación)

| <i>Afirmaciones</i> | <i>Más que antes de ingresar a Unex</i> | <i>Igual que antes de ingresar a Unex</i> | <i>Menos que antes de ingresar a Unex</i> | <i>No responde</i> | <i>Total</i> |
|--|---|---|---|------------------------|--------------|
| Me quejo con las autoridades cuando hay un abuso | 23 | 12 | | | 35 |
| Me gusta ser el primero en hacer cosas nuevas | 14 | 15 | 1 | 5 | 35 |
| Me es fácil tomar decisiones | 20 | 14 | | 1 | 35 |
| Puedo expresar lo que siento y pienso con libertad | 27 | 8 | | | 35 |
| Me siento satisfecho/a conmigo mismo/a con como soy y lo que soy | 28 | 7 | | | 35 |
| Sé que puedo aprender cosas nuevas | 33 | 2 | | | 35 |
| Tengo facilidad para establecer nuevas relaciones con la gente | 31 | 3 | 1 | | 35 |

*Adaptación de la escala Esage. Pick y otros (2007).

Estas respuestas también evidencian el desarrollo de un pensamiento independiente, que se expresa en la seguridad en sí mismo/a adquirida, en tener más iniciativa para hacer las cosas y en el control sobre su conducta. Y ligadas al control sobre su conducta y a la mayor determinación están también las siguientes respuestas en alto número: les da “menos vergüenza equivo-

carse cuando están en público” y “se desesperan menos ante situaciones difíciles” luego de su paso por las aulas.

Las diversas respuestas expresadas mayoritariamente indican cambios efectivos percibidos por los alumnos luego de su paso por las aulas, y dan sustento al mismo tiempo a diversas variables de las consideradas en la escala.

Hay sólo dos indicadores cuyas respuestas rompen con la tendencia mayoritaria de las demás, y son: “me gusta tener responsabilidades”, que no parece ser el sentimiento mayoritario, dado que las respuestas están sumamente divididas. Esto puede ir asociado a otros factores presentes en los mayores, como que ya no desean realizar muchas actividades o actividades muy intensas. Prefieren tener el control y no que las actividades los controlen. Y el otro: “me gusta ser el primero en hacer cosas nuevas”, que definitivamente no cuenta con el apoyo de la mayoría y que puede responder a las mismas motivaciones de la respuesta anterior, aunque también tiene que ver con que podrían existir en el grupo pocas motivaciones para competir o tratar de ser líderes.

DISCUSIÓN

De los hallazgos del estudio se pueden plantear varios puntos de reflexión. Uno de ellos es que tanto en la aplicación del primero como en la del segundo instrumentos se observa la conjugación de diversos indicadores que apuntan en conjunto a reforzar la afirmación de que el paso por las aulas de forma mínimamente sostenida en el tiempo permite el desarrollo de capacidades y habilidades humanas —que es un aspecto central— en el cambio de conductas. Capacidades y habilidades que combinadas con un mayor conocimiento, producto de lo recibido en el entorno educativo, se ven potenciadas para permitir el desarrollo de una percepción de control personal, una conciencia crítica del entorno social (exigencia de mayor libertad en casa) y, específicamente, de

aquello que les impide desarrollarse con libertad, y un enfoque proactivo que se orienta a influir en su entorno (Pick, 2007), como en la defensa de sus derechos o en su necesidad de dar su opinión ante diversas situaciones.

Este proceso ha supuesto el desarrollo de la agencia personal, y cuando la agencia empieza a impactar o influir en el entorno familiar, en la organización o grupo que acoge al individuo y en su comunidad o contexto, es cuando podemos hablar de empoderamiento. Y esto es precisamente lo que observamos en los alumnos mayores, según los resultados del estudio.

Otro elemento importante es la mayor autonomía que declaran tener a partir de su paso por las aulas. Su participación en el programa educativo propicia, entre otros factores: el aprendizaje o la adquisición de nuevos conocimientos, la reactivación y el entrenamiento del esfuerzo cognitivo para el aprendizaje, el establecimiento de nuevas redes sociales y de apoyo personal, la modificación de sus relaciones familiares, la obligación de desenvolverse en el entorno universitario y trasladarse para sus clases regular y autónomamente, entre otros cambios, y todo ello permite renovar su autonomía y capacidad de decisión sobre su vida y, en otros casos, la promoción de estas habilidades y capacidades, alentando en todos una mayor autovaloración y control.

Hay igualmente un factor de género que resalta en los resultados. Aunque el número de varones es muy pequeño y responde a la representatividad que éstos tienen en el programa, encontramos que los cambios autopercebidos son más fuertes en las mujeres. La mayoría de las respuestas que indican mayor autonomía, autoafirmación, más autoestima, confianza en sí mismos y libertad, son justamente de mujeres. Se percibe con mucha consistencia el efecto de la educación en su proceso de recuperación de capacidades y derechos. Los hombres tienen respuestas menos contundentes y en buena cuenta no han percibido algunos de los cambios indicados. Son los que en su mayoría respondieron “igual que antes”.

Sin embargo, también los casos más difíciles se presentan en las mujeres que responden el cuestionario. Hay varios casos de alumnas que refieren una lucha interna más o menos larga con la pareja para que ésta ceda a su necesidad de formación y les permita salir o al menos no las hostigue cuando quieren salir a estudiar. Hay casos incluso en que esta lucha se mantiene a pesar de que la participante tiene varios años en el programa, y es motivo permanente de temor o culpa, ya que muchas veces reciben amenazas abiertas o chantajes emocionales por parte de la pareja. Tenemos dos ejemplos claros de ello:

“Ya mi esposo no me dice nada, me ha costado bastante y todavía me doy cuenta que no le gusta que salga, pero yo ya no, ya me hice respetar, y felizmente tengo el apoyo de mis hijos” (Beatriz, 70 años), o bien: “Mi esposo se va a molestar si sabe que he salido más temprano, me voy rápido”, o “mi esposo está celoso, quiere venir a ver quiénes son mis compañeros” (Elba, 77 años).

En estos casos, lo positivo de la situación es que siempre cuentan con el apoyo de al menos uno de los hijos, y en la mayor parte de las veces de todos ellos, quienes interceden ante el padre y/o propician la salida de la madre, incluso con apoyo económico.

Pero el impacto positivo también parece ser más explícito o más fuerte en las mujeres. Una alumna nos decía: “Desde que estoy estudiando, ya no me dejo controlar por mi esposo. Él me dice que me ha hecho daño venir a la universidad y esto es porque ya no puede controlar mi vida” (Sara, 67 años). Y otra: “Yo no pienso dejar la universidad, me hace tan feliz venir, saber que aprendo, el ambiente, todo. Incluso tengo más cercanía con mis nietos porque conversamos sobre diferentes temas, los puedo comprender mejor” (María, 72 años).

Pero tanto en varones como en mujeres se percibe claramente el desarrollo de la actitud y el sentido de “poder hacer”, “ser capaces” (“me siento capaz de hacer cosas”, “sé que puedo aprender más”). Es una capacidad que se va arraigando conforme se mantienen más tiempo en el programa, en un proceso que en

algunos casos es lento y en otros más rápido. El empoderamiento es, pues, un proceso que toma tiempo; no necesariamente se logran resultados a corto plazo, y los factores motivacionales, como el deseo de aprender, de estar con el grupo, y la no existencia de barreras psicológicas (miedo, pena o culpa, como los menciona Pick, 2007), deben mantenerse también en el tiempo.

CONCLUSIONES

1. El concepto de empoderamiento tiene un “significado emancipatorio” (Stromquist, 1995), incide en afirmar independencia y, por ende, pone en juego tanto las capacidades del sujeto para lograrlo (agencia personal) como las condiciones del entorno que pueden permitirlo. Pero también revela un componente social en la medida que el sujeto empoderante (mujeres, individuos de sectores populares, adultos mayores) requiere apoyarse en otros, sea porque comparten su necesidad de recuperar el control sobre su vida y, por lo tanto, su interés individual coincide con el interés común, lo que potencia su fuerza y capacidad empoderadora, sea porque se convierten en un grupo de apoyo, de motivación, de referencia personal, como cuando los adultos mayores estudiantes desean y necesitan compartir, interrelacionarse, aprender y, en consecuencia, el grupo como tal puede no tener el mismo interés emancipatorio que el individuo, pero puesto que comparten otros intereses, como el de aprender, por ejemplo, se convierten en la fuente inspiradora, el móvil, la referencia que incide en el individuo y potencia su agencia personal.

Hay que considerar, además, que el individuo en cualquier etapa de su vida es un individuo social y, especialmente en la vejez, la relación con el otro o su incorporación o pertenencia a grupos o redes sociales de coetáneos le brindarán el soporte social, emocional y algunas veces también material y, junto con ello, la valoración que la sociedad en su conjunto le niega por la cultura del envejecimiento todavía vigente.

Pero el empoderamiento individual garantiza que la acción conjunta (si el individuo es parte de un grupo y se está promoviendo la acción empoderante del grupo) sea una síntesis de decisiones individuales, concientes y lúcidas que construyan un mismo significado. Pero no que sean sólo los líderes empoderados los que tracen el camino u ofrezcan alternativas que las bases desempoderadas sigan por inercia o sin mayor conciencia.

2. ¿Empoderarse para qué? Asumo en parte la perspectiva de Soria (2006) de que el empoderamiento no es un fin en sí mismo, sino un medio para obtener algo, una herramienta que permite acceder a una situación distinta. Si aceptamos que la educación es, por ejemplo, una estrategia efectiva para el empoderamiento, éste servirá para que los mayores afronten la inequidad, la marginación o la discriminación a las cuales se les somete en razón de su edad, para que recuperen la agencia personal e incidan en su entorno, para que obtengan calidad de vida.

¿Pero luego qué? Si apostamos por la educación como estrategia eficiente para empoderar a los adultos mayores, esta misma educación debe permitir la construcción de valores, de una cultura democrática e inclusiva, dialogante, solidaria y tolerante, que permita a los mayores ser agentes de cambio de las condiciones que los desempoderaron y promotores del empoderamiento de otros mayores.

Se trata de que la propuesta educativa incorpore también esta perspectiva en su finalidad y objetivos, desterrando el poder por el poder o el poder para beneficio exclusivamente individual. Ganar poder significa también actuar responsablemente con el poder adquirido, consigo mismo y con su organización o comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Asocam (2007). *Empoderamiento: conceptos y orientaciones*. Quito, Ecuador: Asocam-Plataforma Latinoamericana de Gestión de Conocimientos.

- BANDURA, A. (1999). "Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes". En *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* 19-54. España: Desclée de Brouwer.
- BOBADILLA, P. (2006). "Democratización del poder y fortalecimiento de de la ciudadanía". En *Empoderamiento: ¿tomar las riendas?*, 28-35. Quito, Ecuador: Asocam-Plataforma Latinoamericana de Gestión de Conocimientos.
- BEAUVOIR, S. (2011). *La vejez*. Traducido por Aurora Bernárdez. Buenos Aires: Edición de Bolsillo.
- CALISAYA, E. (2004). *Voces de mujeres de Ancash. Género y salud reproductiva*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- CHABLÉ, E., y otros (2007). "Fuente de ingreso y empoderamiento de las mujeres campesinas en el Municipio de Calakmul, Campeche". *Revista Política y Cultura* 28: 71-95. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México. Recuperado en marzo de 2011 de <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26702804.pdf>>.
- CHANEY, E. (s/a). "Empowering Older Women: Cross-Cultural Views. A Guide or Discussion an Training". Washington, DC: Women's Initiative of the American Association of Retired Persons.
- CHARLIER, S., y otros (2007). *El proceso de empoderamiento de las mujeres. Guía metodológica*. Bruselas: Comision de Mujeres y Desarrollo. Recuperado en marzo de 2011 de <http://www.atol.be/docs/publ/gender/proceso_empoderamiento_mujeres_CFD.pdf>
- CRUZ, D. (2000). "Participación de los adultos mayores en la construcción de un plan institucional de gestión del riesgo". Tesis para optar por el grado de Master en Gerontología. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- ENGLER, T. (2004). "El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: Experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la

- Red Tiempos”. Notas de Población, núm. 78. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (5/6): 438-443.
- ESCOBAR, L. (2000). “Estrategia educativa del PDPMM”. En *Comunicación-educación: coordenadas, abordajes y travesías* 333-352. Bogotá: Ed. Siglo del Hombre/Fundación Universidad Central.
- FERNÁNDEZ, C. (1999). “La gerontagogía: una nueva disciplina”. *Escuela Abierta. Revista de Investigación Educativa* 3: 183-198.
- FERNÁNDEZ, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- FREIRE, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- GARCÍA, M. (2006). “El reino de la ambigüedad”. En *Empoderamiento: ¿tomar las riendas?*, 7-15. Quito, Ecuador: Asocam-Plataforma Latinoamericana de Gestión de Conocimientos.
- GARCÍA, J. (2004). *La educación de personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.
- GASTRÓN, L. (2003). “Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez”. *Revista La Aljaba* 7: 177-192. Argentina: Universidad Nacional de Luján.
- Informet (2005). *Empoderamiento un camino para luchar contra la pobreza*. Lima: Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE)/Instituto de Información y Metodologías para el Desarrollo Organizacional (Informet).
- Intracc (1999). “Seguimiento y evaluación del empoderamiento”. Documento de consulta. Oxford, UK. Recuperado en diciembre de 2009 de <http://preval.org/files/00429_0.pdf>.
- LAGARDE, M. (2004). “Vías para el empoderamiento de las mujeres”. Recuperado el 16 de diciembre de 2010 de <<http://sociales.reduaz.mx/cuerpoacademico/vulnerapobreza/sentaitres.pdf>>.
- LEMIEUX, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid: Imserso.
- LEÓN, M. (1997). “El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo”. En *Poder y empoderamiento de las mujeres*, 1-26.

- Bogotá: Tercer Mundo/Fondo de Documentación Mujer y Género/Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia.
- LOAYZA, F. (2003). *Voces de mujeres de Huancavelica. Género y salud reproductiva*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- LÓPEZ LA VERA, B. (2010). “La transición entre ocupar el tiempo libre y empoderar: perspectivas de la educación universitaria dirigida al adulto mayor”. *Ageing Horizons*, núm. 9: 82-99.
- LOYOLA, C. (2002). “La educación como una estrategia de empoderamiento de la mujer”. En *Trabajos docentes 01*, 159-171. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca/Programa de Estudios de Género.
- MONTERO, I. (2005). “El interés de las personas mayores por la educación: qué educación. Estudio de campo”. Tesis doctoral. Granada, España: Departamento de Pedagogía de la Universidad de Granada. ISBN 84-338-3362-6. Recuperado en junio de 2008 de <<http://hera.ugr.es/tesisugr/15428345.pdf>>.
- MOÑIVAS, A. (1998). “Representaciones de la vejez (modelos de disminución y crecimiento)”. *Revista Anales de Psicología* 14 (1): 13-25.
- NIETO, E., y otras (2006). “Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos”. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 11: 107-118. Universidad de Caldas. Recuperado en marzo de 2012 de <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_11.pdf>.
- PICK, S., y otros (2007). “Escala para medir agencia personal y empoderamiento (Esage)”. *Interamerican Journal of Psychology* 41 (3): 295-304. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe (Redalyc). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Recuperado en mayo de 2009 de <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/284/28441304.pdf>>.

- PICK, S., y C. RUESGA (2006). “Agencia personal, empoderamiento agéntico y desarrollo humano: una perspectiva empírica”. Ponencia presentada en la I Conferencia Latinoamericana y del Caribe del Enfoque de las Capacidades Humanas. Universidad Iberoamericana. Recuperado en marzo de 2011 de <http://www.imifap.org.mx/Imifap/Imifap/Docs/Pick_y_Ruesga_para_libro_Flores_v7.pdf>.
- PINTO, M. DA G. CASTRO, y otros (2005). *University Programmes for Seniors Citizens from their Relevance to Requirements*. Oporto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- PORTUGAL, E. (2004). *Tiempos nuevos para la alfabetización en el Perú*. Lima: Practical Action/Intermediate Technology Development Group/Organismo para el Desarrollo Integral Sostenible/CARE-International.
- REQUEJO, A. (1999). “Educación de adultos y programas universitarios para personas mayores”. *Revista de Estudios y Experiencias Educativas* 14-15: 109-130. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Santiago de Compostela.
- RODRÍGUEZ VERGARA, R. (2006). “¿Cuál es el proyecto de vida de los adultos jubilados? Un estudio descriptivo”. *Psicología Científica.com*. Escuela de Psicología de la Universidad Central de Chile. Recuperado el 11 de octubre de 2007 de <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-31-1-1-cual-es-el-proyecto-de-vida-de-los-adultos-jubilados-un-estu.html>>.
- RUIZ BRAVO, P. (2003). *Identidades femeninas, cultura y desarrollo. Un estudio comparativo en el medio rural peruano*. Lovaina: Universidad Católica de Lovaina.
- SALCEDO, C. (2004). *Voces de mujeres de Ayacucho. Género y salud reproductiva*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- SÁNCHEZ, A. (2002). “Dispositivos de empoderamiento para el desarrollo psicosocial”. *Revista Universitas Psychologica* 1 (2): 39-48, julio-diciembre. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- SITEAL (2006). *Tendencias sociales y educativas en América Latina*. Octubre de 2006. Instituto Internacional de Planeamiento de la educación de la UNESCO/Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). Recuperado en marzo de 2009 de <<http://www.siteal.iipe-oei.org/informetendencias/informetendencias.asp>>.
- SORIA, C. (2006). “Empoderamiento: un medio, no un fin”. En *Empoderamiento: ¿tomar las riendas?* 45-51. Quito: Asocam-Plataforma Latinoamericana de Gestión de Conocimientos.
- STROMQUIST, N. (1995). “The Theoretical and Practical Bases for Empowerment”. En *Women, Education and Empowerment: Pathways Towards Autonomy*, compilado por Carolyn Medel-Añonuevo, 13-22. Hamburgo: UNESCO Institute for Education.
- STROMQUIST, N. (1997). “La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación”. En *Poder y empoderamiento de las mujeres* 75-98. Bogotá: Tercer Mundo/Fondo de Documentación Mujer y Género/Género, Mujer y Desarrollo/Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia.
- TORRES, A. (2009). “La educación para el empoderamiento y sus desafíos”. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, año 10, 1: 89-108. Caracas: UPEL Instituto Pedagógico de Miranda.
- VARGAS, K. (2005). “Fortaleciendo la organización para el empoderamiento y la autonomía del grupo Ollita Llena”. Tesis de maestría. Universidad de Costa Rica.
- YAMAMOTO, J. (2002). “Efectos del programa Unex en sus participantes. La percepción de los alumnos y de los familiares cercanos”. Lima: Reporte inédito (documento interno).
- YUNI, J. y otros (s.a.). “La educación como recurso para la integración social de los adultos mayores”. Recuperado en enero de 2010. Disponible en <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/EDUCA024_YuniTarditi.pdf>.

YUNI, J., y C. URBANO (2005). *Educación de adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. Córdoba, Argentina: Brujas.

YUNI, J., C. URBANO y M. ARCE (2006). *Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento*, Córdoba, Argentina: Brujas.

A CONSTRUÇÃO DE SABERES NA UNIVERSIDADE
ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE (UATI)
PELA RELAÇÃO INTERGERACIONAL

Rita de Cássia da Silva Oliveira
Flávia da Silva Oliveira
Paola Andressa Scortegagna

INTRODUÇÃO

Atualmente, na sociedade brasileira constata-se uma crescente preocupação, relacionada aos temas envelhecimento e velhice, suscitando reflexões teóricas que atraem pesquisadores de diversas áreas.

O fenômeno da longevidade é realidade no contexto mundial. No Brasil, o contingente de idosos se amplia significativamente, e hoje se inclui nos problemas sociais que afetam a sociedade.

O grande contingente de idosos modifica a estrutura demográfica mundial, e essas alterações começaram a ocorrer nas últimas décadas, em decorrência da redução da taxa de mortalidade infantil, desenvolvimento na área da saúde, controle de mazelas (doenças epidêmicas e infecto-contagiosas, por exemplo), melhoria na qualidade e aumento da expectativa de vida. Alterações que resultaram no aumento da população mundial, o que repercute em maior número de idosos (Camarano, 2004).

A população brasileira é de aproximadamente 194 milhões de pessoas, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) para 2010. Há, em números absolutos, aproximadamente 20 milhões de idosos, o que representa em torno de 10,2% da população (ONU 2009). Isto significa, em média, que em cada 10 brasileiros, 1 é idoso.

Apesar dessa realidade demográfica, há, ainda, culturalmente, uma visão negativa e distorcida do idoso, atribuindo a essa faixa etária preconceitos e incapacidades infundadas.

São inaceitáveis os estereótipos cristalizados socialmente, ou mesmo qualquer tipo de reducionismo biológico, físico, psicológico ou social, que impregnam e fortalecem os estigmas, prejudicando os avanços nesse campo, ou buscam a pretensão da falsa possibilidade de unificar a velhice no campo teórico-prático.

A sociedade capitalista determina o valor do cidadão pela sua produção e inserção social. Entretanto, a fase da velhice implica aposentadoria e diminuição dos papéis sociais, tornando-se indesejada em decorrência da representação social que na sociedade brasileira se estabeleceu para o idoso.

Este artigo reflete sobre a educação permanente e a construção dos saberes que são frutos das relações intergeracionais, possibilitadas pela Universidade Aberta para a Terceira Idade, na Universidade Estadual de Ponta Grossa.

REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESPAÇO DA UNIVERSIDADE ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE (UATI)

Na realidade mundial, pensar em ser idoso provoca inúmeros desconfortos e inquietações, como algo “gasto”, “fora de uso”, que perdeu seu potencial, “deixado de lado”, ou seja, múltiplas ideias pouco otimistas e indesejadas pela maioria dos indivíduos.

Poucas pessoas têm consciência do próprio envelhecimento e da velhice. Constroem-se projetos pessoais e profissionais, mas na maioria das vezes não são incluídas precauções ou cuidados para uma velhice saudável. O jovem, quando estabelece seu planejamento de vida, desconsidera a fase da velhice. Apenas viver muito talvez não seja o ideal, mas viver muito com qualidade e autonomia parece ser desejo predominante na sociedade.

Como afirma Oliveira (1999: 71):

a sociedade coloca o velho em uma situação típica de marginalização social, na proporção em que ergue contra ele inúmeras barreiras sociais e desenvolve atitudes de preconceito e discriminação social.

Os preconceitos acerca da velhice elucidam as faces da discriminação e opressão que sofrem vários idosos, por serem considerado sujeitos improdutivos e sem capacidade de aprender. O idoso pode ser considerado como peso para a sociedade, a qual com frequência o oprime, acreditando que seus conhecimentos são ultrapassados e que suas experiências não têm significado.

No próprio contexto social em que é vítima de discriminações, o idoso passa a se sentir acuado e, em consequência, perde iniciativa e motivação (Oliveira, 1999: 71). A partir da desmotivação, o idoso pode perder sua identidade, sendo levado à inatividade, a uma autocrítica e à baixa autoestima. Nessas condições, o idoso torna-se cada vez mais oprimido pela a sociedade e muitas vezes pelos seus pares.

Constata-se, então, que o idoso é visto como incapaz de estabelecer aspirações, cabendo-lhe somente o que é imposto ou referido. Como afirma Freire (2005), seria uma violência que os homens, seres históricos e necessariamente inseridos em um movimento de busca com outros homens, não sejam o sujeito de seu próprio movimento.

A educação é, portanto, processo presente e elementar nas distintas sociedades, assumindo características, ideais e objetivos específicos, segundo espaço e tempo, do mesmo modo que as estruturas políticas e sociais. A educação, pela sua origem, objetivos e função, é fenômeno social e guarda relações com o contexto político, econômico, científico e cultural de uma sociedade historicamente determinada.

É imprescindível, contudo, compreender que a educação é um conjunto da produção humana, e se caracteriza como traba-

lho não material, em relação direta com hábitos, conceitos, habilidades, atitudes e ideias (Saviani, 2003).

O fenômeno educativo deve ser entendido somente como prática social que envolve uma multiplicidade de aspectos, os quais permeiam a vida total do homem: “A educação é o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses” (Pinto, 1994: 29).

Logo, a educação voltada ao idoso deve revestir-se de uma ação consciente que verdadeiramente atinja seus objetivos, sendo indispensável haver metodologias, materiais e enfoques específicos.

Segundo Delors (1999: 18),

Parece impor-se, cada vez mais, o conceito de educação ao longo da vida, dadas as vantagens que oferece em matéria de flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e no espaço. É a ideia de educação permanente que deve ser repensada e ampliada. Ela deve ser encarada como construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes e aptidões, da sua capacidade de discernir e agir. Deve levar cada um a tomar consciência de si próprio e do meio ambiente que o rodeia, e a desempenhar o papel social que lhe cabe enquanto trabalhador e cidadão.

A educação assume, irreversivelmente, o papel de transformadora da sociedade, pois se busca, a partir dela, a reformulação dos ideais sociais, políticos, científicos e culturais. Segundo Freire (1979: 27), “a educação é uma resposta da finitude da infinitude”, pois o sujeito é incompleto, e encontra nos processos educacionais pressupostos para suprir sua constituição pessoal inacabada, independentemente de sua idade ou situação social.

Observa-se o quanto se está preso às ideologias que permeiam todo o pensamento político, social e cultural, evidenciando a dificuldade em compreender a complexidade desse pensamento e suas possíveis transformações. É imprescindível, e urgente, auxiliar a pessoa nessa transformação, porque apenas

assim será possível reverter problemas sociais, em especial a exclusão, além de estereótipos atribuídos ao idoso.

É essencial rever as estruturas que permeiam a educação a fim de serem redirecionados os aspectos excludentes da cultura vigente. Deve-se ressaltar o papel democrático que a educação possui, dadas as diversas possibilidades de mudança que ocorrem por seu intermédio. Segundo Saviani (2003), a educação não deve evoluir como reprodutora das desigualdades sociais.

A educação desponta como instrumento indispensável para a formação de um novo homem, por meio do processo de socialização e integração, sendo possível desmistificar os atuais choques culturais e sociais. A população, com isso, passa a exigir melhores condições de acesso à educação, com maior qualidade, que proporcione uma formação que contemple aspirações e necessidades, independentemente de idade ou classe social.

A educação problematizadora se identifica com o movimento permanente no qual se encontram os sujeitos, que são inconclusos, partindo deles esse movimento histórico. Freire (2005), principal autor de uma das tendências da moderna concepção progressista, admite ser fundamental tornar a educação acessível às camadas populares. Porém, a educação cumprirá caráter político e social na medida em que crie espaço de discussão e problematização da realidade, com vistas à educação consciente, voltada ao exercício da cidadania, por sujeitos comprometidos com a transformação da realidade, envolvendo jovens, adultos e idosos nas mais diversas dimensões.

A educação tem papel político fundamental, ela deve desempenhar um papel eminentemente democrático, ser um lugar de encontro, de permanente troca de experiências (Gadotti, 1984: 157).

A educação é o reflexo da sociedade capitalista, do mesmo modo que a sociedade é reflexo dessa educação. Todo homem, em qualquer lugar, em qualquer circunstância, está envolto no processo educativo. Não é possível pensar e fazer educação de

modo desvinculado da realidade. A educação precisa voltar-se à realidade, mas deve principalmente transformá-la. Como afirma Pinto (1994: 39), “a educação é um processo histórico de criação do homem para a sociedade e simultaneamente de modificações da sociedade para o benefício do homem”.

“Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora das sociedades humanas e não há homens isolados” (Freire, 1979: 61). Cabe à educação estabelecer uma relação democrática entre a política e os sujeitos desse paradoxo educacional, a fim de reordenar e reerguer, gradativamente, um processo ensino-aprendizagem pautado na construção e reconstrução crítica, reflexiva e democrática dos conhecimentos, na qual todos os indivíduos se desenvolvam e sejam cidadãos atuantes e conscientes.

A educação se estrutura com fins específicos e princípios elementares para a formação integral do ser humano. Uma de suas principais finalidades refere-se à formação do cidadão crítico, para ter acesso a seus direitos, saber reclamar oportunidades e ter consciência da sua participação na constituição de uma sociedade democrática.

A educação para a cidadania deve proporcionar a todos os indivíduos o conhecimento de seus direitos, por meio de uma formação que contemple capacidades mínimas de compreensão, leitura e escrita, ou seja, nenhum sujeito deve ser incapaz de julgar a estrutura social e política na qual está inserido.

Outra finalidade da educação se refere à preparação para a participação. Um indivíduo somente será um cidadão quando participar ativamente da sociedade, não apenas tendo direito a voto, mas a voz, expondo angústias, dúvidas, reclamações e propostas.

A educação se justifica para uma formação de valores, de ética e moral, oferecendo novas condições de reflexão acerca da realidade em que cada indivíduo pertence, além da disseminação do respeito mútuo e valores pessoais, habitualmente olvidados e

não acatados. Por meio da educação há a possibilidade de uma urgente reestruturação social e cultural, contrapondo-se ao capital, que está à frente de todo princípio.

É ainda pela educação que se busca o desenvolvimento das capacidades individuais, que, em consequência, permite à pessoa ampliar as habilidades para o trabalho e para o desenvolvimento de atividades cotidianas. Devem ser asseguradas, portanto, condições mínimas de formação, que favoreçam o desenvolvimento das capacidades. Outra finalidade da educação está intimamente relacionada à preparação para as situações cotidianas. Toda pessoa deve conseguir realizar pequenas tarefas e resolver pequenos problemas em seu cotidiano.

A educação deve oferecer acesso à produção intelectual e à construção de saberes nas mais diversas áreas, devendo ser assegurada, por exemplo, uma educação tecnológica que desmistifique as mudanças e inovações resultantes do processo de globalização. Segundo Novaes (1997: 144):

hoje não basta o conhecimento: de fundamental importância é o exercício da capacidade de pensar, imaginar e criar. É preciso ampliar o leque das habilidades a serem estimuladas e acentuar a satisfação e o prazer de aprender e criar.

Independentemente de idade, etnia, gênero ou condição social, deve existir uma educação completa e global, que permita o desenvolvimento real de cada sujeito, para a transformação e a evolução social efetivamente ocorrerem, além da superação dos preconceitos, estigmas e estereótipos sofridos pelos grupos minoritários.¹

¹ Grupos distintos dentro da população do Estado, possuindo características étnicas, religiosas ou linguísticas estáveis, que diferem daquelas do resto da população; em princípio numericamente inferiores ao resto da população; em uma posição de não dominância; vítima de discriminação. No Brasil isto compreende os índios, os ciganos, as comunidades negras remanescentes de

É cada vez mais evidente a importância de uma educação que estimule aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver (Delors, 1999).

Entende-se que a educação é prática social com intencionalidade e finalidade, contemplando o homem em sua totalidade, por meio de uma formação direcionada a questões relativas ao ser humano em sua integralidade, no caráter social, político, econômico, cultural, biológico, ético e moral.

Inegavelmente, é preciso pautar-se em uma teoria crítica que dê substância concreta ao esforço de subsidiar uma educação de qualidade nas condições históricas atuais, além de evitar que a mesma seja articulada e apropriada segundo os interesses da classe dominante (Saviani, 2003).

“Os velhos precisam de um espaço de fala que torne possível uma ressignificação de seu eu. Algo que lhes permita relançar o desejo e manter o olhar sobre si” (Castro, 2001: 68). A educação é, portanto, importante meio de transformação e valorização da pessoa.

O papel da educação é fundamental, pois por ela as heranças culturais se modificarão no pensamento da população.

Hoje, a educação para a terceira idade volta-se para um âmbito diferenciado, não mais sendo meio de assistencialismo. Há um novo enfoque, pois o idoso não apenas necessita de atividades recreativas para ocupar seu tempo, mas busca espaço para crescer sempre. Os preconceitos que ainda revestem a velhice fortalecem a negação dessa etapa porque a sociedade valoriza o novo e desmerece as experiências e sabedoria dos idosos. Há uma ausência de consideração da capacidade de produção e de aprendizagem na terceira idade. A educação é vista, a partir daí, como meio de libertação e mudanças nessa faixa etária, permitindo a reavaliação das características próprias, além de lhes garantir um processo de análise e reflexão.

quilombo, comunidades descendentes de imigrantes, membros de comunidades religiosas. Fonte: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/>>.

A educação oferece à terceira idade a aquisição de conhecimentos para instrumentalizá-la em uma participação mais ativa e integrada à sociedade, com crescimento pessoal e intelectual. Nota-se um novo enfoque: o idoso não exige apenas atividades recreativas para ocupar o tempo, mas de espaço para se desenvolver. .

Segundo Furter (1976: 127),

A necessidade de uma educação contínua, que seja uma constância na vida humana e que permita viver plenamente o nosso mundo planetário, não pode ser preenchida por um simples prolongamento da educação, nem por um maior alastramento do campo escolar. Deve tomar a forma de uma educação permanente, a partir da qual deverá ser pensada toda a educação, e que obrigará os educadores a inventar novas técnicas e novos métodos adequados.

Para Vieira Pinto (1994: 39), “a educação não é uma conquista do indivíduo [...], mas uma função da sociedade, e como tal dependente de seu grau de desenvolvimento. Onde há sociedade há educação: logo, esta é permanente”.

Reforça-se a ideia da educação permanente, creditando espaço teórico à gerontologia educativa, como subcampo da gerontologia centrado nas relações entre a educação e o processo de envelhecimento, o que contribui para a elaboração de uma nova concepção de velhice, formando a consciência do envelhecimento e maior integração intergeracional, pensando no idoso como agente social no cenário em que vive. Pela educação permanente o idoso volta a estudar, reflete sobre a vida, desenvolve e amplia habilidades, elabora objetivos e traça estratégias para alcançá-los. Pensar na possibilidade de educação para idosos é refletir sobre instrumentos de melhoria na qualidade de vida e em sua efetiva participação. O conceito de educação permanente influencia as políticas educativas e o planejamento de diversas modalidades de intervenção.

Gadotti (1984: 69) afirma:

a educação permanente visa a uma educação rearranjada, refletida e integrada no seu todo. Ela sustenta a ideia de um controle de

todos os recursos educativos possíveis de uma sociedade e de sua execução.

O processo educacional é ponto fundamental da socialização do idoso, que deve buscar constantemente se socializar. Romans, Petrus e Trilla (2003: 90) ressaltam:

a educação social, ou a pedagogia gerontológica, pode oferecer a aquisição de novas habilidades e técnicas de aprendizagem, principalmente se se levar em conta que as pessoas idosas utilizam, com frequência, habilidades não adaptadas ao meio educativo atual.

Para o idoso estar diretamente em contato com distintas possibilidades de aprendizagem, é fundamental haver sua interação em um processo educacional, com a mediação de conhecimentos para a estruturação da formação contínua do indivíduo como ser social. Afirma Oliveira (1999: 235):

A ideia de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem dura a vida inteira é fruto não só da evolução histórica do pensamento sobre a educação, como também da necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudança e ainda possibilite a maturação do indivíduo.

A educação não se restringe a ser mera transmissora de cultura, mas deve nela estabelecer seu alicerce, abarcando transformações nos aspectos sociais, econômicos e políticos. Essas mudanças, resultados da evolução e desenvolvimento da sociedade, apresentam-se como influência direta da educação.

CONSTRUÇÃO DE SABERES NA UATI:

RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Saviani (2003: 21) ressalta que “o processo educativo é a passagem da desigualdade à igualdade”. A partir dessa consideração cons-

tata-se que a educação é o ponto culminante de toda a mudança no pensamento, para que se possa sair de uma cultura excludente para um pensar crítico e compatível com a realidade.

As pessoas prendem-se às ideologias que permeiam o pensamento e os aspectos culturais, sendo tarefa complexa compreendê-los e revertê-los. Deve-se auxiliar as pessoas nessa transformação, porque somente desse modo serão revertidos muitos problemas sociais, em especial a exclusão e estereótipos atribuídos ao idoso. Freire (1996: 110) sentencia: “A educação é uma forma de intervenção no mundo”.

A educação é o reflexo da sociedade e, reciprocamente, a sociedade é reflexo da educação. Por isso o educador tem papel fundamental no mundo, apesar de não ter, com frequência, essa consciência.

A ideia de educação permanente contribui para a elaboração de uma nova concepção de velhice, constituindo novas consciências do envelhecimento e maior integração intergeracional, pensando no idoso como agente social no cenário em que vive (Oliveira, 2008: 29).

Como afirma Pacheco (2003: 230):

barreiras relacionadas à idade têm produzido ao longo do tempo uma forma de dividir as instituições eminentemente humanas em três segmentos: a educação para os jovens, o trabalho para os adultos e o descanso para os velhos.

As sociedades urbanas se caracterizam pelo distanciamento entre as gerações. Cursos que aproximam a convivência intergeracional favorecerão a diminuição de barreiras e estigmas socialmente estabelecidos para a velhice e juventude. Considera-se aqui a coeducação entre gerações, a qual, pela troca de conhecimentos e experiências, possibilita maior integração e afetividade entre as diferentes faixas etárias. Além do respeito às diferenças, na tentativa da desmistificação do conflito de gerações,

anunciado na sociedade brasileira e que estabelece um abismo entre as faixas etárias, reforçando a diversidade nas ideias, saberes, concepções e valores.

Educação é ação, movimento e transformação. Mas antes de qualquer outra definição, é direito. Todo cidadão tem direito à educação, inclusive o idoso. Tem-se que respeitar esse direito elementar —igualmente na terceira idade—, assegurado em lei, por vezes negado pela estrutura social excludente.

Na legislação referente à terceira idade, a educação tem destaque. O artigo terceiro da lei 8842/94 propõe a melhoria das condições de estudo para os idosos aprenderem com mais facilidade, a partir da criação de programas a eles voltados, além de instar a população a ser educada para melhor entender o processo de envelhecimento.

O Estatuto do Idoso (lei 10741/03), capítulo 5, artigos 20, 21 e 25, estabelece que o idoso tem direito à educação, respeitando a peculiar condição de sua idade. O poder público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, havendo cursos especiais para se integrar à vida moderna, além de apoiar a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e publicação de livros e periódicos com conteúdos adequados à terceira idade.

O idoso gradativamente passa a ter maior visibilidade na sociedade. As instituições educacionais abrem espaço, oferecendo cursos e projetos para satisfazer essa demanda social.

A universidade, instituição na qual tradicionalmente predominam os jovens, é frequentada por diferentes faixas etárias, havendo convivência entre gerações. O imaginário social credita à universidade ser espaço predominantemente jovem. O idoso, sempre em maior número, aos poucos nela conquista seu lugar.

A UATI/UEPG considera o idoso protagonista de sua vida e, fundamentada na educação permanente, incentiva a valorização, elevação da autoestima, aquisição de conhecimentos e informações, exercício da cidadania em sua plenitude, além de oferecer espaço às relações intergeracionais.

Essas relações ocorrem quando do contato com os acadêmicos de diferentes cursos, que atuam como professores, e pela troca e construção de saberes, baseadas na igualdade e respeito. Unem-se a experiência e a sabedoria dos idosos à competência técnica e científica dos jovens. E ainda quando da inserção comunitária por meio do estágio, em que os idosos atuam em creches e escolas, vivenciando a inserção educacional com as crianças.

A troca de experiências e informações fortalece e aproxima os segmentos etários (jovens e idosos), que constroem saberes, resultado da interação e participação de todos.

O Estágio de Inserção Comunitária, em que os idosos desempenham diferentes atividades educativas em creches e escolas de ensino fundamental, permite relação mais estreita com crianças. Os mais velhos utilizam sua experiência na (re)construção de saberes e orientação de valores.

Outro momento interessante é a caminhada, que acontece semanalmente. Idosos e acadêmicos convivem ao ar livre, caminhando pelo campus universitário durante uma hora. Estabelecem conversas amistosas, há troca de experiências, saindo fortalecida a convivência intergeracional.

A utilização da categorização por idades como referência tem contornos de posição política, pois nela está implícito o jogo do poder relacionado a grupos sociais distintos durante o processo de desenvolvimento de vida (Pacheco, 2003).

Na contribuição dos idosos para as novas gerações, segundo Bosi (1979: 32),

Há dimensões da aculturação que, sem os velhos, a educação dos adultos não alcança plenamente: o reviver do que se perdeu, de histórias, de tradições, o reviver dos que já partiram e participaram então de nossas conversas e esperanças; enfim, o poder que os velhos têm de tornar presentes na família os que se ausentaram, pois deles ainda ficou alguma coisa em nosso hábito de sorrir, de andar. Não se deixam para trás essas coisas, como desnecessárias.

Essa força, essa vontade de revivescência, arranca do que passou seu caráter transitório, faz com que entre de modo constitutivo no presente.

Quando o idoso passa a se ver como protagonista de sua vida, não mais como coadjuvante, ele conquista espaço de maior respeito no cenário familiar e social. Como afirma Paulo Freire:

somente quando os oprimidos descobrem, nitidamente, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos, superando, assim, sua ‘convivência’ com o regime opressor (Freire, 2005: 58-59).

Os idosos têm capacidade de aprender, independentemente da idade, se incentivados. O processo de aprendizagem ocorrerá de maneira significativa, conforme Moragas (1991: 75),

lo que requiere el anciano, para um aprendizaje efectivo, es mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados, y ambas cosas no se las facilita un medio ambiente obsesionado con el tiempo de asimilación y que no asigna un rol social significativo a la persona de edad.

É a educação intimamente relacionada à formação do sujeito, o que ocorre permanentemente e que se consolida na constante atualização e aprendizagem. Logo, pensar a educação é refletir sobre o movimento permanente, que não deve excluir nenhuma pessoa, independentemente de classe, raça, gênero e idade.

O PENSAMENTO DOS PROTAGONISTAS (IDOSOS, CRIANÇAS E PROFESSORES) SOBRE AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS: ALGUNS DEPOIMENTOS

A UATI/UEPG incentiva a integração de gerações pela convivência de pessoas com idades distintas, o que favorece a superação de estereótipos em relação à velhice.

Foram coletados depoimentos de idosos e crianças sobre essa relação:

Eu gosto muito de conversar com crianças. Na forma simples de colocar as coisas elas nos mostram como a vida é fácil de ser vivida, e que os preconceitos são criados pelos homens e por eles devem ser superados (72 anos).

Eu aprendo muito com as crianças, que nos indicam pontos falhos do nosso comportamento. É uma experiência muito boa esta de contarmos histórias para elas (78 anos).

A vida é uma eterna reconstrução, e precisamos aproveitar os conhecimentos de todos, em especial a ingenuidade da criança. Ela é sincera e não possui visão negativa (70 anos).

É importante apresentarmos para a criança e mudar a concepção que foi atribuída ao idoso ao longo da história, como feio e velho (82 anos).

As crianças também deram depoimento:

Eu gosto de ficar com eles porque nos ensinam muito e contam histórias legais (10 anos).

Eu gosto muito de minha vó e também agora gosto destes outros idosos que vieram aqui conversar conosco (9 anos).

Eu aprendi muito com eles, e eles me disseram que eu também ensinei muitas coisas. É muito legal porque eles gostam de brincar e de ensinar (9 anos).

Depoimentos dos acadêmicos:

Estou adorando trabalhar com os idosos; eles são receptivos, responsáveis e respeitam muito o nosso trabalho (21 anos).

Posso dizer que é uma experiência muito válida esta com idoso; além da troca de conhecimentos aprendi muito com a experiência

deles, agora sou mais paciente, calma, e respeito mais a diversidade (20 anos).

Pela convivência aprendi muito, valorizei mais as pessoas, e isso me ajudou a entender mais a convivência que tenho com meus avós. Hoje vejo a vida diferente, com mais alegria e com menos problemas (22 anos).

A relação intergeracional é muito importante porque propicia a troca de experiência e conhecimentos, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional de ambos (30 anos).

Pelos depoimentos percebe-se que a interação realmente aconteceu, e permitiu uma visão diferenciada e mais otimista da velhice, o que representaria mudança gradativa e superação de estereótipos e estigmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade brasileira se defronta com um perfil demográfico diferenciado. O contingente de idosos é grande e cresce significativamente. As políticas públicas evidenciam como urgente o estabelecimento de programas que acolham os idosos, não em uma visão assistencialista ou infantilizadora, mas valorizando-os como indivíduos e respeitando o direito de todo cidadão à educação.

A educação permanente fundamenta a UATI e favorece as relações intergeracionais na construção de um perfil distinto do idoso, colaborando para a superação de estigmas negativos da velhice.

Apesar de haver críticas em relação à criação de cursos voltados aos idosos, sob a alegação de que contribuiriam ainda mais para a segmentação etária, nos depoimentos se constata exatamente o contrário. Defende-se que a visão segregadora das faixas etárias deve ser revista pelos pesquisadores.

A convivência certamente contribui para a quebra recíproca de estigmas entre jovens e idosos. Entretanto, deve-se ressaltar

que a integração de gerações é complexa, por sua dinâmica e conflitos que daí surgem. Mas, ao mesmo tempo, torna-se significativamente viável na elaboração de conhecimentos, valores, crescimento pessoal e social.

Cabe à sociedade, tão diversificada, apostar e investir cada vez mais em programas e cursos que abram oportunidades de convivência entre pessoas de idades distintas para, em médio prazo, ser alcançada uma sociedade mais justa e menos desigual.

O papel da educação, portanto, é fundamental. Pela educação as heranças culturais encontram espaço para se modificar, além de incentivar avanços nas relações pessoais e na estrutura social. A educação é elemento que intensifica e amplifica as relações intergeracionais.

Como afirma Freire (1992: 10), há urgência de uma pedagogia da esperança: “Como programa, a desesperança nos imobiliza e nos faz sucumbir no fatalismo, onde não é possível juntar as forças indispensáveis ao embate recriador do mundo.”

REFERÊNCIAS

- BRASIL (1994). *Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso*. Brasília.
- BRASIL (2000). *Diretrizes curriculares nacionais para a educação de jovens e adultos*. Brasília: MEC.
- BRASIL (2003). *Lei nº 10741 de 3 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso*. Brasília.
- BOSI, E. (1994). *Memórias e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CAMARANO, A.A. (2004). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.
- CASTRO, O.P. (2001). *Envelhecer: um encontro inesperado?* Sapucaí do sul: Notadez.
- DELORS, J. (1999). *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez. Brasília: MEC, UNESCO.

- FRIEDE, R. (s.a.). *Democracia e regime democrático*. Disponível em: <<http://www.ecsbdefesa.com.br/fts/DemocraciaRD.pdf>>, acessado em 08/11/2009.
- FREIRE, P. (1971). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1979). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1988). *A importância do ato de ler*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1992). *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FURTER, P. (1976). *Educação e vida*. Petrópolis: Vozes.
- GADOTTI, M. (1984). *A educação contra a educação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- HERÉDIA, V.B.M. (2006). “A família, a educação e o envelhecimento humano: desafios para a sociedade”. Em M.B. Casara, I.A. Cortelletti e A. Both, *Educação e envelhecimento humano*, 109-132. Caxias do Sul: EDUCS.
- IBGE (2008). *Projeção da População por Sexo e Idade para o Período 1980-2050*. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Revisão 2008, Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- NOVAES, M.H. (1997). *Psicologia da terceira idade*. Rio de Janeiro: Nau.
- NOVAES, M.H. (2008). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008*. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- MORAGAS, R.M. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- OLIVEIRA, R.C.S. (1999). *Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis*. Campinas: Papirus.
- ONU (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Population Division of the Department of Economic and

Social Affairs of the United Nations Secretariat. Nova York: ONU.

PACHECO, J.L. (2003). “As universidades Abertas à Terceira Idade como espaço de convivência entre gerações”. Em O.R.M.V. Simson, A.L. Neri e M. Cachioni (orgs.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*, 223-250. São Paulo: Alínea.

PINTO, A.V. (1994). *Sete lições sobre a educação de adultos*. São Paulo: Cortez.

ROMANS, M., A. PETRUS e J. TRILLA (2003). *Profissão educador social*. Porto Alegre: Artmed.

SAVIANI, S. (2003). *Pedagogia histórico-crítica*. Campinas: Autores Associados.

SIMSON, O., A.L. NERI e M. CACHIONI (2003). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Alínea.

PARTE IV

FAMILIAS, REDES Y APOYOS SOCIALES

¿ESTÁ DISMINUYENDO LA SOLIDARIDAD
INTERGENERACIONAL EN AMÉRICA LATINA?
UN ESTUDIO DE LAS RELACIONES
INTERGENERACIONALES DE LOS HIJOS
CON LOS ADULTOS MAYORES¹

M. Soledad Herrera
M. Beatriz Fernández

INTRODUCCIÓN

El creciente envejecimiento poblacional y las transformaciones en los patrones y comportamientos familiares en las sociedades contemporáneas han suscitado especial preocupación porque pueden afectar la continuidad de la red de apoyo social entre generaciones, debido a que, por un lado, aumenta la proporción de personas mayores, quienes por vivir más años tendrán mayor probabilidad de requerir apoyo y cuidados, y por otro lado, disminuye el número de familiares próximos que puedan hacerse cargo de cuidarlos, principalmente las hijas.

En el caso de Chile, este dilema es aún más apremiante, ya que el proceso de envejecimiento se está produciendo a una velocidad mucho mayor que la experimentada históricamente por los países desarrollados. Además, Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, habiendo evidenciado una fuerte caída en la fecundidad y un aumento en la participación laboral femenina, lo cual podría redundar en una menor dispo-

¹ Este artículo ha sido financiado por el estudio Fondecyt 1060326 del gobierno de Chile: “Cohesión familiar, solidaridad intergeneracional y conflicto: Impacto en el bienestar del adulto mayor”. Investigadoras: M. Soledad Herrera, Carmen Barros, Marcela Carrasco y M. Beatriz Fernández.

nibilidad de potenciales cuidadores de los adultos mayores dependientes.

En América Latina, no obstante las transformaciones sufridas, la familia sigue siendo la principal agencia de bienestar y el ámbito privilegiado para la atención de los mayores, manteniendo su función de proveedora de ayuda y cuidados, donde la solidaridad familiar y las normas de obligación familiar parecen persistir.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo indagar en los factores que a nivel individual se asocian con que los hijos adultos estén brindando ayuda a alguno de sus padres mayores. Se considerarán factores de obligación moral, calidad de las interrelaciones familiares, recursos individuales y otras variables sociodemográficas.

ANTECEDENTES

Las interacciones familiares y los intercambios de apoyo entre las personas mayores y sus hijos son muy frecuentes en América Latina, aun cuando las familias han reducido su tamaño y las hijas se han involucrado cada vez más en trabajos remunerados fuera del ámbito doméstico. En parte esto se puede explicar porque las relaciones y redes de ayuda que los mayores establecen con otras generaciones serían consideradas más importantes que en épocas pasadas, en la medida que la mayor esperanza de vida significa más años conviviendo y compartiendo con otras generaciones, a la vez que, con el descenso en la fecundidad, las familias son más pequeñas y con menos generaciones colaterales, en lo que algunos llaman “proceso de verticalización” de la familia (Abellán y Esparza, 2009; Bazo, 2008). En estas circunstancias, como lo avalan los datos, se produce un fuerte intercambio de recursos financieros, instrumentales y emocionales entre padres e hijos (Bengtson, 2001; Lee, Netzer y Coward, 1994; Bazo, 2002; Wen-Li, 2004).

Las personas mayores y sus hijos adultos tienen contactos frecuentes e intercambian una serie de apoyos. En Chile, los datos de la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez del año 2007² muestran que el 93% de los encuestados tiene hijos vivos; con el 56% de los hijos, los adultos mayores tienen contacto —personal, por teléfono o correo— diariamente o varias veces por semana; sólo con el 6% de los hijos no se contactan nunca; con el 73% de los hijos, casi nunca se pelea o discute, con el 19% a veces y con el 8% casi siempre. Con el 86% de los hijos, los adultos mayores están satisfechos o muy satisfechos en sus relaciones, mientras que con un 14%, poco o nada satisfechos. Este bajo porcentaje es consistente con los escasos reportes de peleas o la ausencia de contacto mencionados antes.

Los adultos mayores reciben principalmente de sus hijos ayuda económica, apoyo emocional, cuidados en momentos de enfermedad y ayuda doméstica; los adultos mayores, por su parte, entregan apoyo material y consejos, y muchas veces ayudan cuidando a los nietos. En el caso particular de los estudios focalizados en la relación entre las mujeres de la familia, se establece que cuando las madres mayores son cuidadas por sus hijas, las madres les retribuyen ya sea en el plano psicológico con la entrega de cariño, información y consejo, ya sea en el plano más tangible al ayudar con dinero y con el cuidado de los nietos (Atkinson, Kivett y Campbell, 1986; Walker, Pratt y Chun Oppy, 1992). Para el caso chileno, S. Huenchuan y Z. Sosa (2002) encontraron que lo que más reciben los adultos mayores en el gran Santiago es dinero,

² Encuesta nacional con muestreo aleatorio probabilístico. Universo: población de 60 o más años, residentes en viviendas particulares en ciudades de más de 30 000 habitantes en Chile. La encuesta representa al 75% de la población adulta mayor de Chile. Fue ejecutada por la Pontificia Universidad Católica de Chile y financiada por la Caja de Compensación Los Andes. El informe de resultados de la encuesta se encuentra disponible en: <http://www.uc.cl/sociologia/download/encuesta_04_junio.pdf>.

mientras que ellos lo que más dan son servicios muy diversos, como transporte, haciendo quehaceres del hogar, etcétera.

Los datos de la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2007) señalan, además, que en Chile existe una fuerte percepción de disponibilidad de apoyo, que varía según de qué necesidad se trate. Es así que la casi totalidad de los encuestados dice tener alguien a quien acudir si estuvieran enfermos (93%). La gran mayoría dice tener a alguien con quien contar “en las buenas y en las malas” (89%); alguien a quien acudir si se sintiera solo o triste (85%) y si tuviera un apuro de dinero (77%). De manera similar, el 77% dice tener a alguien muy cercano a quien confiarle sus problemas más personales. En resumen, los adultos mayores encuestados dicen tener a su disposición buenas posibilidades de recibir apoyo. Los proveedores de apoyo mencionados con mayor frecuencia son las hijas y los cónyuges o parejas. Los hijos sólo cobran importancia como proveedores de dinero en caso de un apuro. Resulta interesante conocer el balance que hacen entre el apoyo otorgado a otros y el recibido de ellos. La mayoría percibe que existe un equilibrio entre lo que dan y lo que reciben (54%); el 27% percibe, a diferencia del estereotipo que los considera una carga, que da más que lo que recibe y sólo el 19% considera que recibe más que lo que da.

Todos estos datos avalan la existencia de una obligación recíproca entre padres e hijos, que se expresaría en el intercambio de recursos a lo largo de todo el ciclo de vida, y con un mayor énfasis en los momentos de mayor necesidad. En la etapa de la vejez, al aumentar las probabilidades de experimentar un deterioro económico o de salud, se acrecentarían los requerimientos de apoyo. Esta mayor demanda de ayuda por parte de los adultos mayores finalmente recaerá en los hijos, quienes siguen siendo los principales proveedores de apoyo social de este grupo poblacional (Cicirelli, 1988; Silverstein, Gans y Yang, 2006).

Las personas mayores confían en que sus hijos adultos les darán ayuda y cuidados cuando ellos lleguen a ser frágiles o ex-

perimenten algunas dificultades propias de la edad (Blieszner y Mancini, 1987; Burr y Mutchler, 1999; Stein *et al.*, 1998; Lowenstein y Daatland, 2006). Ello puede interpretarse como indicador de la existencia de obligaciones familiares que, en el caso particular de las obligaciones de los hijos con los padres, se denomina norma de *responsabilidad filial*. Ésta corresponde a una norma social que refleja la expectativa generalizada de que al llegar el padre o la madre a la ancianidad, y requerir cuidados especiales, los hijos se los brindarán de la misma manera que años atrás sus padres se los dieron a ellos (Cicirelli, 1988; Daatland y Herlofson, 2003; De Valk y Schans, 2008). Se trata de una norma moral consagrada por varias religiones, como la judeocristiana, el Islam, el confucionismo, el budismo y otras más (Aboderin, 2005). Dicha norma predica o plantea los términos o las condiciones de cómo se conforman y se regulan las interacciones familiares. La norma de obligación filial opera, no obstante, no como regla fija, sino como una guía que es usualmente reconocida y que orienta a los hijos para definir sus responsabilidades y compromisos con sus padres envejecidos. La responsabilidad filial es el sentimiento de obligación personal que los hijos adultos tienen de procurar el bienestar de los padres. Implica un sentido de obligación o disposición de proteger y cuidar a los padres mayores, pero también se asocia a una actitud preventiva, que fomenta la autosuficiencia y la independencia de los progenitores (Pinazo y Sánchez, 2005).

Basándose en esta norma, las personas mayores confían en que sus hijos adultos les brindarán lo necesario cuando ellos lleguen a experimentar los problemas del envejecimiento (Blieszner y Mancini, 1987; Burr y Mutchler, 1992). Es una norma moralmente esperada (Cicirelli, 1988). Es una actitud que va más allá de una intención personal; cuando un hijo asume la responsabilidad filial de ayudar a sus padres, no lo hace necesariamente como parte de una decisión racional (Peek *et al.*, 1998), sino más bien como una retribución natural y esperable, por todo el amor y los cuidados que de manera persistente los padres les dieron a sus

hijos. Por lo tanto, esta norma se refiere al “deber y la obligación reconocida que define el rol social de un hijo adulto respecto a sus padres” (Gans y Silverstein, 2006), la cual ha sido interiorizada durante la socialización, así como a través de la experiencia personal y la observación de relaciones entre miembros de la familia de distintas generaciones (De Valk y Schans, 2008).

En Chile se reunieron algunos datos acerca de la extensión de las percepciones sobre obligación intergeneracional, obtenidos en la Quinta Encuesta Bicentenario Universidad Católica-Adimark 2010,³ que cabe destacar: en primer lugar, en cuanto a las obligaciones de los hijos adultos con los padres/madres, se puede señalar que no hay en el país una percepción generalizada que indique la obligación de darles ayuda económica, apoyo afectivo y ayuda en tareas de la casa. No obstante, la percepción de obligación es mayor cuando hay necesidad de cuidados, como es el caso de traer a vivir a los padres mayores a la casa de un hijo cuando no puedan vivir solos, o cuidar a los padres cuando no puedan valerse por sí mismos, lo cual alcanza casi un 60% de acuerdo. En segundo lugar, se observa que no hay una disminución de las percepciones de responsabilidad con los padres, ya que las generaciones más jóvenes no presentan niveles de obligaciones menores que las generaciones más viejas, y más bien son los grupos mayores (de 45 y más años) quienes muestran una menor percepción de obligación. Lo descrito coincide con algunos estudios que han encontrado que la “edad media” de los individuos es la etapa donde se está más de acuerdo con una incondicional responsabilidad filial con los padres. Posteriormente, esta percepción se debilita con el paso del tiempo, al acercarse los hijos a la etapa de la vejez. “Los adultos mayores

³ Tabulaciones propias de la Quinta Encuesta Bicentenario Universidad Católica-Adimark 2010, muestra aleatoria probabilística de 2000 casos, representativa de todas las personas de 18 y más años de Chile. Más información en <<http://www.uc.cl/encuestabicentenario/encuestas/2010/index.html>>.

son ligeramente menos apoyadores de las normas de responsabilidad filial que las personas más jóvenes” (Peek *et al.*, 1998; Stein *et al.*, 1998). Para N. Guberman (2003), la mayor fortaleza de las normas de la responsabilidad filial entre los adultos jóvenes se explica porque ellos, al estar aún muy lejos de vivir la experiencia de cuidar a sus padres, idealizan esa responsabilidad, sin considerar las implicaciones prácticas que este deber puede acarrear en la vida de los hijos.

Es pertinente distinguir conceptualmente entre “lo normativo” y la “práctica” de la responsabilidad filial (Aboderin, 2005). La obligación filial como expectativa social es relevante para todas las personas en todas las etapas de la vida, ya que la mayoría aprueba que los hijos asistan a sus padres y concuerda con las sanciones negativas para quienes no den cumplimiento a dichas obligaciones (Stein *et al.*, 1998). En la práctica, la norma de responsabilidad filial interactúa, sin embargo, con circunstancias estructurales y personales que condicionan la extensión con que se otorga el apoyo. Por esta razón, J. Finch y J. Mason (1991) señalan que la norma filial no debería ser vista como un regla, sino más bien como una “guía normativa” comúnmente reconocida que implica responsabilidad y compromiso con los padres ancianos. Al ser una guía, son finalmente los hijos quienes deciden cuál será la cantidad y el tipo de apoyo que darán a sus padres, lo cual dependerá más bien de las circunstancias concretas (Aboderin, 2005). En otras palabras, para estos autores, el consenso sobre la norma de obligación filial es necesario, pero no es condición suficiente para que un hijo adulto dé apoyo a su madre o a su padre.

También debe considerarse la calidad de las relaciones entre padres e hijos a lo largo del ciclo de vida, donde una débil o mala relación redundaría en menores posibilidades de apoyo en la vejez (Stuifbergen *et al.*, 2008; Whitbeck *et al.*, 1994; Whitbeck *et al.*, 1991). Por ejemplo, un estudio longitudinal encontró que los hijos que pasaban más tiempo en actividades compartidas con

sus padres y madres les brindaban más apoyo quince años después (Silverstein *et al.*, 2002). Por ello se vaticina que la calidad de la relación entre padre e hijo podría afectar la entrega de apoyo, en la medida que una relación de cariño con la persona dependiente hace más fácil para el proveedor encontrar “rasgos positivos y mejores motivos para entender el cuidado como un acto de reciprocidad, a pesar de la carga implicada” (López, 2005), lo contrario de cuando hay una relación de mala calidad, en la cual existen más obstáculos para dar ayuda.

En la práctica, la norma de responsabilidad filial varía también de acuerdo con diversas circunstancias estructurales y personales que afectan la disponibilidad para proveer los cuidados y ayudas. Un aspecto estructural es la cercanía geográfica del hogar de los padres. Se espera que vivir a una distancia corta pueda afectar positivamente el intercambio de recursos de los hijos con los padres, aun cuando hay quienes creen que lo que importa no es tanto la proximidad geográfica como el compromiso afectivo existente entre los miembros de una familia (Satir, 1980).

Con relación al género de los hijos, siguiendo a Guzmán y otros (2003), se puede señalar que el número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres, resultado de los diversos roles que cada uno desempeña en la sociedad. Pareciera ser que, dado su papel en la reproducción, a las mujeres se les socializa para que desarrollen determinadas capacidades y habilidades para ayudar a otros. Es así como la evidencia muestra claramente que las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de las personas de edad avanzada, a pesar de que en la actualidad hay más hombres que participan en el cuidado de familiares (Herrera y Kornfeld, 2008; Stuifbergen, Van Delden y Dykstra, 2008). En particular, las hijas son quienes con mayor frecuencia asumen el cuidado de sus padres enfermos, mientras que los hijos más bien se responsabilizan de la toma de decisiones y del apoyo financiero. Las mujeres ayudan en las rutinas y respaldan los cuidados diarios, mientras que

los hombres dan ayuda en ciertas situaciones específicas, no regulares (Spitze y Logan, 1990 y 1991; Finch y Mason, 1991; Ingersoll-Dayton *et al.*, 1996). Como norma, son las hijas quienes llevan a cabo la mayor parte de las funciones de asistencia, e incluso tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada esperan que sean sus hijas quienes más participen en la provisión de cuidado necesario (Sánchez-Ayénde, 1993).

El estatus socioeconómico y la educación también pueden estar afectando la provisión de apoyo. Se puede indicar que para las familias con mejores condiciones financieras y educativas es más fácil adquirir cuidado en el mercado privado, lo cual disminuye el sentido de obligación de proveer cuidados de manera directa. En contraste, en el caso de las familias trabajadoras y de clase baja se muestra una mayor fortaleza de la obligación filial (Gans y Silverstein, 2006; de Valk y Schans, 2008). Sin embargo, esto es contradictorio porque, para ayudar a otros también se requiere que haya recursos que brindar; por lo tanto, los que tienen más recursos económicos podrían brindar más apoyo en general.

También se sostiene que el estado civil y la condición de tener hijos podría afectar la ayuda dada a los padres, en la medida que existe una jerarquía de prioridades en el intercambio de las relaciones de afecto, poder y responsabilidad (Satir, 1980), la cual conduce a un ordenamiento de la forma de amarse, de responsabilizarse y de otorgarse ayuda entre los miembros de un grupo de parientes. La responsabilidad primordial se da entre los miembros de la familia nuclear, y prima la de los padres con sus hijos y la de los cónyuges entre ambos. Por consiguiente, la solidaridad con la familia de procreación tiene la primacía frente a la de origen, lo cual puede limitar la entrega de ayuda a los padres mayores, lo contrario de los casos donde no se tiene pareja o hijos por quienes responsabilizarse.

Por consiguiente, en el presente estudio se analizará si las percepciones de obligación filial se relacionan con la disponibilidad de la red de apoyo de los adultos mayores en Chile, o si hay

otros factores que están más íntimamente relacionados con la entrega de ayuda de los hijos adultos a sus padres mayores. Más específicamente, las variables que se considerarán en este estudio son el nivel de necesidad o dependencia de la persona mayor, la percepción de la obligación de cuidar a los padres y la calidad de la relación entre progenitor y descendiente, controlando mediante las variables sociodemográficas de los hijos.

ESTRUCTURA DE LAS HIPÓTESIS

Las hipótesis que guían este estudio pretenden responder a la pregunta acerca de qué variables se asocian con una mayor o menor provisión de ayuda de los hijos adultos a sus padres mayores.

Hipótesis 1. En primer lugar, es bastante lógico pensar que la principal variable relacionada con la provisión de ayuda es el grado de necesidad o el nivel de dependencia que tienen un padre o madre mayores. Cuando en el adulto mayor aparece un déficit en el funcionamiento corporal y se produce una limitación en actividades de la vida diaria, aumenta el requerimiento de ayuda de otras personas. La necesidad de ayuda será operacionalizada por la edad del padre o madre, por lo que operacionalmente la hipótesis 1 es que: *la provisión de ayuda al padre o a la madre mayor aumenta con la edad de éstos, independientemente de si existe o no el sentimiento de obligación de proporcionar cuidados.* Es decir, independientemente de si los hijos tienen una mayor o menor percepción de la obligación filial de dar cuidados a los padres mayores, cuando se presenta una necesidad de dar cuidados, la red de apoyo se moviliza de igual forma. Relacionado con lo anterior, se plantea que: *a pesar de que un hijo puede asumir la obligación de dar soporte a su progenitor, si no existe una necesidad real e importante por parte de los padres mayores, la red de apoyo efectiva será menor que en los casos donde sí hay un escenario de dificultades y de requerimiento de cuidados y ayudas por parte del padre o la madre mayor.*

Hipótesis 2. Las relaciones humanas se van desarrollando a lo largo del tiempo, creando una determinada historia. Si ésta ha sido positiva, es decir, si las relaciones han satisfecho adecuadamente las necesidades emocionales y materiales de los involucrados, se vaticina que posiblemente cuando uno de los miembros tenga alguna necesidad —por ejemplo, un padre mayor con discapacidad—, el resto entregará el apoyo requerido para satisfacerla. Por el contrario, si la historia ha estado más bien marcada por aspectos negativos, como socialización negligente, conflictos continuos, rupturas, falta de afecto, necesidades insatisfechas entre los miembros, etcétera, se generará una baja disposición a dar ayuda. Por lo tanto, se plantea la hipótesis de que *a mayor cercanía afectiva entre hijo/hija y padre/madre, mayor probabilidad de brindar apoyo*, aun controlando por otras variables del estudio.

Hipótesis 3. El tercer aspecto que se quiere contrastar en este estudio es en qué medida las percepciones de obligación filial se asocian con una mayor disponibilidad de recursos de apoyo. Se plantea la hipótesis de que *los hijos que expresen una fuerte obligación filial de asistir a sus padres les otorgarán también mayor apoyo*.

Hipótesis 4. Respecto de las variables de control:

Hipótesis 4.1. Se espera que *vivir a una distancia próxima puede afectar positivamente el intercambio de recursos desde los hijos hacia los padres*.

Hipótesis 4.2. Como se ha dado históricamente en América Latina, se espera que *las hijas provean más apoyo a sus padres que los hijos*.

Hipótesis 4.3. Debido a la existencia de una jerarquía en las prioridades de brindar ayuda, se espera que *las personas que viven con pareja brindarán menos apoyo a sus padres*.

Hipótesis 4.4. Por lo mismo, se espera también que *las personas que viven con hijos brindarán menos apoyo a sus padres*, bajo el

supuesto de que las personas que viven con los hijos todavía tienen responsabilidades de cuidado y asistencia a éstos.

Respecto a la educación, como la evidencia de la literatura es dispar, no se propone una hipótesis específica.

METODOLOGÍA

Fuente de datos

Los datos provienen de la encuesta sobre “Cohesión familiar, solidaridad intergeneracional y conflicto: Impacto en el bienestar del adulto mayor”, proyecto Fondecyt 1060326 del año 2009. Es representativa de los adultos de 45 y más años de la ciudad de Santiago de Chile. La selección de casos se realizó mediante aleatorización sistemática de manzanas y viviendas de la ciudad de Santiago y en la última etapa se optó por una muestra por cuota que permitiera tener el mismo número de entrevistas en cada uno de los tramos de edad (45-59 años, 60-74 años, 75 o más años). La muestra fue ponderada según los datos de la encuesta Casen del año 2009,⁴ para asegurar la proporcionalidad según sexo y edad y según el peso que tienen en la población. En este estudio se analizó sólo el grupo de personas de 45 años y más que tienen algún padre o madre vivo. El 18% de la muestra entrevistada (adultos de 45 y más años) tiene a su padre vivo (71 casos) y 34% tiene a su madre viva (141 casos). Entre los que tienen a su padre vivo, 62% señala darle regularmente algún tipo de ayuda; entre los que tienen a su madre viva, 70% dice estar dándole regularmente algún tipo de ayuda.

⁴ Es la principal encuesta de caracterización socioeconómica nacional de Chile, con más de 200 000 casos, ejecutada por Mideplan. Más información en <<http://www.mideplan.cl/casen2009>>.

En el cuadro 1 se exponen algunas características de la muestra que difieren según si tienen viva a su madre o si tienen vivo a su padre:⁵ en el primer caso, 55% son mujeres y 46% son hombres, mientras que en el segundo caso, 46% son mujeres y 54% son hombres. La mayoría tiene entre 45 y 59 años; alrededor de la mitad tiene educación media (secundaria incompleta o incompleta), un tercio educación superior (completa o incompleta) y el resto educación básica (primaria) o menos; cerca de tres cuartas partes viven actualmente con pareja y alrededor de 62% vive todavía con algún hijo.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA

| | | <i>Vive su madre</i> | <i>Vive su padre</i> |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Sexo</i> | Hombre | 45.5 | 54.1 |
| | Mujer | 54.5 | 45.9 |
| <i>Edad</i> | 45-59 años | 81.3 | 89.5 |
| | 60-74 años | 18.7 | 10.0 |
| | 75 y más | 0.0 | 0.6 |
| <i>Nivel educacional</i> | Educación básica o menos | 18.5 | 14.1 |
| | Educación media | 51.0 | 50.5 |
| | Educación superior | 30.5 | 35.4 |
| <i>Vive con pareja</i> | Vive con pareja | 76.5 | 77.8 |
| | No vive con pareja | 23.5 | 22.2 |
| <i>Vive con hijo</i> | Vive con algún hijo | 61.9 | 63.6 |
| | No vive con hijo | 38.1 | 36.4 |
| <i>(N no ponderado)</i> | | 141 | 71 |

Nota: Los porcentajes han sido calculados con muestra ponderada.

⁵ Si tienen vivos a ambos padres, se les considera en ambas muestras.

Variables

La variable dependiente de este estudio es si el hijo o hija están dando o no algún tipo de ayuda regular a su padre o madre. Se considera la pregunta 21 de la encuesta: “En los últimos 3 meses, ¿ha dado usted de forma regular algún tipo de ayuda o apoyo a su padre/madre?” Se dicotomiza en: 0 = no; 1 = sí. Los posibles predictores y las variables incluidas en los modelos se resumen en el cuadro 2.

CUADRO 2
PREDICTORES DE OTORGAMIENTO DE AYUDA DE HIJOS
A PADRES/MADRES CONSIDERADOS

| <i>Variable</i> | <i>Valores</i> | <i>Pregunta de la encuesta</i> |
|---|---|--|
| <i>Variables referidas al padre o madre</i> | | |
| <i>Edad</i> | 0 = 80 o menos años; 1 = más de 80 años | P. 13. Edad en tres grupos: 1. Menos de 70 años; 2. Entre 71 y 80 años; 3. Más de 80 años |
| <i>Cercanía afectiva</i> | 0 = más o menos a nada cercano; 1 = muy cercano. | P. 19. “¿Cuán cercano se sien- te usted de su padre/madre?” 1. Nada o poco; 2. Más o me- nos cercano; 3. Muy cercano |
| <i>Dónde vive el padre/ madre</i> | 0 = vive en la misma ciu- dad a distancia no cami- nable, o en otra ciudad u otro país; 1 = vive en esta casa o a distancia caminable. | P. 14. “¿Dónde vive su padre/ madre?” 1. En esta casa, de- partamento o sitio; 2. Cerca, a una distancia caminable; 3. En la misma ciudad, pero no se puede llegar caminando; 4. En otra ciudad dentro de Chile; 5. En otro país. |

Cuadro 2 (continuación)

| <i>Variable</i> | <i>Valores</i> | <i>Pregunta de la encuesta</i> |
|--|--|---|
| <i>Variables del hijo/a</i> | | |
| <i>Percepción de obligación filial</i> | Se combinaron todas las preguntas en un índice, dicotomizado en: 0 = considera de cero a una de estas situaciones como obligaciones; 1 = responde de 2 a 6 de estas situaciones como obligaciones. | P. 62. “Quisiéramos conocer su opinión acerca de cuáles son obligaciones DE LOS/AS HIJOS/AS ADULTOS HACIA SUS PADRES/MADRES ADULTOS MAYORES y cuáles no son obligaciones. Es deber de los/las HIJOS/AS ADULTOS/AS... 1 = es siempre obligatorio para los hijos; 2 = sólo si los hijos lo desean. Se pregunta por situaciones y se suman aquellas en las que responden que es “siempre obligatorio”: a = dar ayuda económica a sus padres si lo necesitan; b = dar compañía y pasar mucho tiempo con los padres; c = ayudar en las labores domésticas de la casa de los padres si lo necesitan; d = escuchar los problemas de los padres y aconsejarlos; e = cuidar a los padres cuando no puedan valerse por sí mismos; f = traer a vivir a los padres mayores a la casa de algún hijo/a cuando no puedan vivir solos. |
| <i>Sexo</i> | 0 = hombre; 1 = mujer | |
| <i>Vive con pareja</i> | 0 = Sí vive con pareja; 1 = No vive con pareja | |
| <i>Vive con hijos</i> | 0 = Sí vive con hijo/a; 1 = No vive con hijo/a | |
| <i>Nivel educacional</i> | 1 = Básica o menos; 2 = Media; 3 = Superior | |

Medición y procedimientos estadísticos

Luego de la consolidación de las variables que se utilizarían, se calcularon asociaciones bivariadas de todas las variables predictoras con la variable dependiente utilizando χ^2 . Se incluirán en el modelo sólo las variables que resultaron estadísticamente significativas en un nivel de confianza del 95%, que se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO 3
RESUMEN DE LAS RELACIONES BIVARIADAS ENTRE LAS VARIABLES
INDEPENDIENTES Y EL APOYO AL PADRE Y A LA MADRE

| | <i>Sí da apoyo al padre</i> | <i>Sí da apoyo a la madre</i> |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Padre/madre tiene más edad (más dependiente) | *** | *** |
| Padre/madre se percibe más cercano/a | *** | Ns |
| Mayor percepción de obligación de dar ayuda a los padres | Ns | ** |
| Padre/madre vive cerca | * | *** |
| Hija mujer | Ns | Ns |
| Entrevistado (hijo/a) no vive con pareja | ** | ** |
| Entrevistado (hijo/a) no vive con hijo | Ns | Ns |
| Nivel educacional del entrevistado | Ns | Ns |

*** Chi cuadrado significativo al nivel 0.01 (bilateral).

** Chi cuadrado significativo al nivel 0.05 (bilateral).

* Chi cuadrado significativo al nivel 0.1 (bilateral).

Ns: Asociación estadísticamente no significativa.

Se realizaron dos estimaciones de regresiones logísticas binarias, una para estimar las probabilidades de que los entrevistados den apoyo al padre en comparación con los que no dan apoyo y otra similar para estimar las probabilidades de dar apoyo a la madre, en comparación con no dar apoyo.

Cuando se tienen varias variables predictoras, conviene probar varios modelos de regresión logística, de modo que se evalúe cuál se ajusta mejor a los datos muestrales, incluyendo las variables

más importantes y excluyendo las que no aportan información relevante. En este estudio se ha optado por usar el procedimiento de selección hacia adelante usando el estadístico de Wald (Ferrerán, 1996; Jovell, 1995).⁶

RESULTADOS

Como se observa en el cuadro 4, si bien todas las variables supuestamente asociadas con brindar ayuda a los padres están en la dirección expuesta en la sección de hipótesis, no todas las asociaciones resultan estadísticamente significativas, en parte debido a que la muestra se redujo bastante al seleccionar sólo a los que tienen a sus padres vivos. Las principales relaciones que se pueden destacar son las siguientes:

- A mayor edad del padre, mayor apoyo; lo mismo ocurre con la madre.
- Una relación afectiva más cercana es importante en el caso del apoyo al padre, pero no necesariamente en el apoyo a la madre.

⁶ Este estadístico se calcula como la razón entre los valores estimados del coeficiente del parámetro poblacional " β_1 " y su error estándar. El objetivo es testear la hipótesis nula de que el parámetro poblacional de " B_1 " (" β_1 ") es 0, o sea que la variable dependiente ("Y") es independiente de "X". En los modelos de regresión logística con más de una variable independiente, el estadístico W es fundamental para determinar qué variables se deben incluir en el modelo: aquellas variables donde se rechaza la H_0 de que dicha variable es independiente de la variable dependiente. También se utiliza un estadístico para evaluar las variables no incluidas: el estadístico "puntuación eficiente de Rao", que permite contrastar la hipótesis nula: $H_0 : \beta_j = 0$, donde β_j es el parámetro asociado a la variable X_j no incluida en el modelo y supuesto que entrará en la ecuación de regresión en el siguiente paso. La interpretación es similar al estadístico de Wald, por lo que si se presenta un *p-valor* menor que 0.05 (suponiendo nivel de confianza de 95%), se rechazaría la H_0 de independencia de las variables y habría que incluir dichas variables en el siguiente modelo de regresión.

- La percepción de obligación filial se asocia más con el apoyo a la madre, no siendo estadísticamente significativa en el caso del apoyo al padre.
- El vivir cerca de los padres es más importante en el apoyo a la madre que al padre.
- El que el hijo/a viva con su pareja se relaciona con una menor probabilidad de estar brindando apoyo a ambos padres.
- No hay relación estadísticamente significativa con respecto al sexo del encuestado, ni con respecto a si viven o no con sus hijos, ni con el nivel educacional del entrevistado (cuadro 4).

En el cuadro 5 se tienen las correlaciones entre las variables predictoras que entrarán en las estimaciones de los modelos de regresión. Es necesario tenerlas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Algunas correlaciones que se pueden destacar:

- A mayor edad del padre, más cercanía afectiva, más probablemente vive cerca y más probablemente el/la hijo/a no vive con pareja (probablemente está viudo/a).
- En el caso de la madre, a mayor edad de ella, más cercanía afectiva y más probablemente el/la hijo/a no vive con pareja. No hay asociación con dónde vive la madre y ni con la edad de ésta, probablemente porque el que un hijo viva con la madre depende también de algunas variables del hijo; por ejemplo, los hijos separados viven más con sus madres.
- Vivir cerca de los padres se relaciona con mayor cercanía a ellos.
- Los hijos que no viven con pareja se sienten más cercanos a ambos padres (cuadro 5).

Ahora estamos en condiciones de analizar los resultados de los modelos de regresión que se exponen en el cuadro 6.

CUADRO 4
CRUCE DE TODAS LAS VARIABLES INDEPENDIENTES RESPECTO DEL APOYO AL PADRE Y A LA MADRE

| | | <i>Da apoyo al padre</i> | | | | <i>Da apoyo a la madre</i> | | | | | |
|---|--|--------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------|-----------|-----------|--------------|------------|-------------------------|
| | | <i>No</i> | <i>Sí</i> | <i>Total</i> | <i>(N)</i> | χ^2 <i>Sig.</i> | <i>No</i> | <i>Sí</i> | <i>Total</i> | <i>(N)</i> | χ^2 <i>Sig.</i> |
| <i>Variables referidas al padre o madre</i> | | | | | | | | | | | |
| Edad de su madre | Menos de 70 años | | | | | | 53.0 | 47.0 | 100 | 19 | *** |
| | Entre 71 y 80 años | | | | | | 34.2 | 65.8 | 100 | 60 | |
| | Más de 81 años | | | | | | 15.6 | 84.4 | 100 | 61 | |
| Edad de su padre | Menos de 70 años | 54.3 | 45.7 | 100 | 11 | *** | | | | | |
| | Entre 71 y 80 años | 54.5 | 45.5 | 100 | 28 | | | | | | |
| | Más de 81 años | 16.0 | 84.0 | 100 | 31 | | | | | | |
| Cercanía con madre | Poco cercano | | | | | | 34.8 | 65.2 | 100 | 35 | ns |
| | Muy cercano | | | | | | 27.8 | 72.2 | 100 | 106 | |
| Cercanía con padre | Poco cercano | 62.8 | 37.2 | 100 | 19 | *** | | | | | |
| | Muy cercano | 29.2 | 70.8 | 100 | 52 | | | | | | |
| Dónde vive madre | No se puede llegar caminando | | | | | | 39.8 | 60.2 | 100 | 81 | *** |
| | En la misma casa o a distancia caminable | | | | | | 16.9 | 83.1 | 100 | 60 | |
| Dónde vive padre | No se puede llegar caminando | 46.5 | 53.5 | 100 | 39 | * | | | | | |
| | En la misma casa o a distancia caminable | 29.5 | 70.5 | 100 | 32 | | | | | | |

CUADRO 4 (continuación)

| | | <i>Da apoyo al padre</i> | | | | | <i>Da apoyo a la madre</i> | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|
| | | <i>No</i> | <i>Sí</i> | <i>Total</i> | <i>(N)</i> | χ^2 <i>Sig.</i> | <i>No</i> | <i>Sí</i> | <i>Total</i> | <i>(N)</i> | χ^2 <i>Sig.</i> |
| <i>Variables del hijo/a</i> | | | | | | | | | | | |
| Cuántas ayudas de hijos a padres consideran que son siempre obligatorias | De 0 a 1 ayudas | 45.5 | 54.5 | 100 | 21 | ns | 41.3 | 58.7 | 100 | 46 | ** |
| | 2 a 6 ayudas | 34.3 | 65.7 | 100 | 49 | | 23.8 | 76.2 | 100 | 94 | |
| Sexo hijo | Hombre | 45.0 | 55.0 | 100 | 42 | ns | 34.4 | 65.6 | 100 | 69 | ns |
| | Mujer | 30.7 | 69.3 | 100 | 29 | | 25.6 | 74.4 | 100 | 72 | |
| Hijo vive con pareja | Vive con pareja | 44.7 | 55.3 | 100 | 52 | ** | 34.5 | 65.5 | 100 | 107 | ** |
| | No vive con pareja | 23.4 | 76.6 | 100 | 17 | | 15.1 | 84.9 | 100 | 33 | |
| Entrevistado vive con hijo | Vive con algún hijo | 42.6 | 57.4 | 100 | 45 | ns | 32.3 | 67.7 | 100 | 87 | ns |
| | No vive con hijo | 30.9 | 69.1 | 100 | 26 | | 25.1 | 74.9 | 100 | 54 | |
| Nivel educacional | Educación básica o menos | 41.4 | 58.6 | 100 | 11 | ns | 32.2 | 67.8 | 100 | 29 | ns |
| | Educación media | 35.0 | 65.0 | 100 | 33 | | 30.7 | 69.3 | 100 | 66 | |
| | Educación superior | 42.0 | 58.0 | 100 | 27 | | 26.0 | 74.0 | 100 | 46 | |

*** Chi cuadrado significativo al nivel 0.01 (bilateral).

** Chi cuadrado significativo al nivel 0.05 (bilateral).

* Chi cuadrado significativo al nivel 0.1 (bilateral).

Muestra ponderada. Los N corresponden al total de muestra no ponderada.

CUADRO 5
CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO

5.A. VARIABLES RELACIONADAS CON DAR AYUDA AL PADRE

| | <i>Padre de más edad</i> | <i>Cercanía con el padre</i> | <i>Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres</i> | <i>El padre vive cerca</i> | <i>No vive con pareja</i> |
|---|--------------------------|------------------------------|--|----------------------------|---------------------------|
| Padre de más edad | 1 | .248 ^(**) | .131 | .234 ^(**) | .195 ^(*) |
| Cercanía con el padre | .248 ^(**) | 1 | .140 | .265 ^(***) | .271 ^(***) |
| Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres | .131 | .140 | 1 | .196 ^(**) | .081 ^(*) |
| El padre vive cerca | .234 ^(**) | .265 ^(***) | .196 ^(**) | 1 | .367 ^(***) |
| No vive con pareja | .195 ^(*) | .271 ^(***) | .081 ^(*) | .367 ^(***) | 1 |

5.B. VARIABLES RELACIONADAS CON DAR AYUDA A LA MADRE

| | <i>Madre de más edad</i> | <i>Cercanía con la madre</i> | <i>Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres</i> | <i>La madre vive cerca</i> | <i>No vive con pareja</i> |
|---|--------------------------|------------------------------|--|----------------------------|---------------------------|
| Madre de más edad | 1 | .104 | .186 ^(***) | .024 | .190 ^(***) |
| Cercanía con la madre | .104 | 1 | .155 ^(**) | .162 ^(**) | .193 ^(***) |
| Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres | .186 ^(***) | .155 ^(**) | 1 | .060 | .081 ^(*) |
| La madre vive cerca | .024 | .162 ^(**) | .060 | 1 | .248 ^(***) |
| No vive con pareja | .190 ^(***) | .193 ^(***) | .081 ^(*) | .248 ^(***) | 1 |

*** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0.1 (bilateral).

- Tanto para dar ayuda al padre como a la madre, la principal variable que explica el otorgamiento de ayuda es la edad de éstos. La probabilidad de dar ayuda a los padres se incrementa cuando éstos tienen más de 80 años y tienen probablemente más necesidad de cuidados. Por tanto, se da más ayuda en la medida que el otro tiene más necesidad.

El resto de las variables explicativas tienen comportamientos disímiles, según se trate de dar ayuda al padre o la madre.

- Sólo en el caso de ayuda al padre es importante tener una relación afectiva cercana con éste.
- Sólo en el caso de la madre el tener una mayor percepción de obligación de dar ayuda a los padres se relaciona con brindarle más ayuda, aunque la relación sólo es estadísticamente significativa en un nivel de confianza del 90%.
- En el caso de ayuda a la madre, es importante vivir cerca de ella, lo que probablemente implica también relaciones de reciprocidad de ayuda.
- La variable “No vive con pareja” no se asocia significativamente con brindar apoyo al padre o la madre, al controlar por el resto de las variables, lo que se puede explicar porque está asociada con otras variables del modelo. Como se señaló anteriormente, las personas que no viven con pareja tienen a su padre/madre de más edad, se sienten más cercanos a su padre/madre y viven más cerca de cualquiera de ellos o de ambos (cuadro 6).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio proporciona evidencias que confirman que en Chile la familia sigue movilizandorecursos cuando los padres envejecen y requieren ayuda. El 84% de los hijos que tienen un padre o

madre mayor de 80 años señala estar dándole en forma regular algún tipo de ayuda.

Se pudo constatar que la necesidad de cuidado es lo que prima en el otorgamiento de ayuda. Independientemente de sentirse obligado a cuidar, se otorga ayuda cuando ésta es requerida, pues a mayor edad del padre/madre, aumenta la probabilidad de estar dándole ayuda (se confirma la hipótesis 1).

Si bien el hecho de necesitar cuidados (operacionalizado a través de la edad del padre o de la madre) es el principal factor que explica el estar dando ayuda, hay otras variables que también son importantes y varían según se trate de dar ayuda al padre o la madre. Uno de los mayores hallazgos de este estudio es constatar que los otros factores relacionados operan de distinta manera al predecir la ayuda al padre y la madre.

Es así como una mayor cercanía afectiva es importante para apoyar al padre, pero no a la madre, para quien el sentimiento de obligación resulta más importante. Se confirma, entonces, la hipótesis 2 para la ayuda a los padres y la hipótesis 3 para la ayuda a las madres.

Respecto a los factores estructurales, el vivir en la misma casa o “a una distancia caminable” resulta un predictor significativo de dar más ayuda a la madre, pero no al padre. Esto se podría estar explicando porque a los padres se les da más ayuda económica o de servicios que no requieren copresencialidad; en cambio, a las madres se les da más ayuda en el cuidado personal, en parte porque más probablemente viven solas sin pareja, pues generalmente enviudan antes. La ayuda del cuidado personal requiere más de coresidencia o cercanía residencial que el otro tipo de ayudas. Se confirma parcialmente la hipótesis 4.1.

Contra lo ampliamente esperado, al controlar por otras variables asociadas con brindar ayuda, el sexo del entrevistado no resulta significativo, y se rechaza la hipótesis 4.2.

A nivel bivariado se encontró una asociación entre el hijo/a que no vive con pareja y dar ayuda regular a sus padres. Sin em-

CUADRO 6
RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

| <i>Variables que entran en cada paso</i> | <i>Dar ayuda al padre</i> | | | | | | <i>Dar ayuda a la madre</i> | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---------------|---------------|---------------|----------|---------------|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|------|--------|
| | <i>Paso 1</i> | | <i>Paso 2</i> | | | | <i>Paso 1</i> | | <i>Paso 2</i> | | <i>Paso 3</i> | | | | |
| | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>B</i> | <i>Exp(B)</i> | | | |
| Padre/madre de más de 80 años | 1.83 | 6.22 | *** | 1.73 | 5.62 | *** | 1.27 | 3.56 | *** | 1.39 | 4.00 | *** | 1.31 | 3.72 | *** |
| Cercanía con padre/madre | | | | 1.17 | 3.21 | ** | | | | | | | | | |
| Padre/madre vive cerca | | | | | | | | | | 1.27 | 3.56 | *** | 1.26 | 3.51 | *** |
| Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres | | | | | | | | | | | | | 0.62 | 1.87 | * |
| Constante | -0.21 | 0.81 | ns | -1.01 | 0.37 | ** | 0.42 | 1.52 | ** | -0.11 | 0.89 | ns | -0.47 | 0.63 | ns |
| N | | | 67 | | | 67 | | | 137 | | | 137 | | | 137 |
| -2 log de la verosimilitud | | | 114.47 | | | 109.13 | | | 232.48 | | | 218.31 | | | 214.96 |
| R cuadrado de Cox y Snell | | | 0.15 | | | 0.20 | | | 0.07 | | | 0.13 | | | 0.15 |
| R cuadrado de Nagelkerke | | | 0.20 | | | 0.26 | | | 0.09 | | | 0.18 | | | 0.21 |

CUADRO 6 (continuación)

| <i>Variables excluidas en cada paso</i> | <i>Dar ayuda al padre</i> | | | | <i>Dar ayuda a la madre</i> | | | | | |
|---|---------------------------|-------------|-------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | <i>Paso 1</i> | | <i>Paso 2</i> | | <i>Paso 1</i> | | <i>Paso 2</i> | | <i>Paso 3</i> | |
| | <i>Puntuación</i> | <i>Sig.</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Sig.</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Sig.</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Sig.</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Sig.</i> |
| Tiene mayor percepción de la obligación de dar ayuda a los padres | 0.16 | 0.69 | 0.00 | 0.99 | 4.00 | 0.05 | 3.40 | 0.07 | | |
| Padre/madre vive cerca | 0.65 | 0.42 | 0.10 | 0.75 | 13.62 | 0.00 | | | | |
| Cercanía con padre/madre | 5.37 | 0.02 | | | 0.34 | 0.56 | 0.04 | 0.84 | 0.18 | 0.67 |
| No vive con pareja | 2.59 | 0.11 | 1.26 | 0.26 | 4.59 | 0.03 | 1.99 | 0.16 | 1.25 | 0.26 |

NOTA: se utilizó regresión logística binaria con método “por pasos hacia delante según estadístico de Wald”, con corte de significación para la entrada y salida de las variables a un nivel $p < 0.1$.

*** Coeficiente B es significativo al nivel 0.01 (bilateral).

** Coeficiente B es significativo al nivel 0.05 (bilateral).

* Coeficiente B es significativo al nivel 0.1 (bilateral).

Muestra ponderada.

bargo, al controlar en los modelos de regresión por otras variables, esta relación no resulta estadísticamente significativa. Esto se puede explicar por la alta correlación que tiene esta variable con el resto de las variables predictoras; los que no viven con pareja suelen tener padres de más edad, viven más en la misma casa con sus padres, por lo que se sienten más cercanos, y tienen más sentimientos de obligación filial. Por lo tanto, de estos resultados no se puede concluir que no se esté dando una jerarquía en la provisión de ayudas (primero a la pareja y los propios hijos, después a los padres), por lo menos en lo que respecta a la pareja, sino que la situación conyugal de las personas antecede a una serie de factores que se relacionan con la provisión de ayuda (se confirmaría entonces la hipótesis 4.3).

Sin embargo, el vivir con los propios hijos no se asocia significativamente con dar ayuda a los padres, no pudiéndose corroborar la hipótesis 4.4. Esto se puede explicar porque, en caso de necesidad, las personas igualmente pueden estar apoyando a sus hijos como a sus padres. Además, con los datos de la encuesta no se puede sostener que los encuestados que estén viviendo con sus hijos necesariamente les estén dando algún tipo de ayuda.

Por último, unas palabras sobre las limitaciones que tiene el presente estudio. En primer lugar, el reducido tamaño de la muestra utilizada redundó en que varias asociaciones que se daban en la dirección esperada no resultaran estadísticamente significativas.

En segundo lugar, debido a lo reducido del tamaño de la muestra, se trabajó con una pregunta general sobre dar ayuda, sin distinguir por tipo de ayuda. Esto podría explicar por qué, por ejemplo, no se encontraron diferencias importantes según el sexo del entrevistado. En otros estudios se ha constatado que las mujeres dan más ayuda de cuidado personal, mientras los hombres dan más ayuda económica. Tampoco se encontraron diferencias importantes según nivel educacional, seguramente debido también a la no diferenciación de tipos de ayuda, donde a mayor

nivel educacional se deberían estar dando más ayuda económica, y a menor nivel educacional, ayuda en el cuidado diario.

Cabe también mencionar algunas variables que si bien no fueron preguntadas en la encuesta utilizada, deberían incorporarse en otros estudios: el estado civil del padre o la madre y si el padre o la madre viven con otras personas en el hogar, ya que se supone que si viven con alguien (pareja), esta persona sería la principal cuidadora, y los hijos que no viven con ellos tendrían un papel secundario como proveedores de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN GARCÍA, A., y C. ESPARZA CATALÁN (2009). “Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores”. *Informes Portal Mayores* 99. Madrid.
- ABODERIN, I. (2005). “Conditionality and limits of filial obligation”. Oxford Institute of Ageing Working Papers.
- ATKINSON, M., V. KIVETT y R. CAMPBELL (1986). “Intergenerational Solidarity: An Examination of a Theoretical Model”. *Journal of Gerontology* 41 (3): 408-416.
- BAZO, M.T. (2002). “Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada”. *Revista Española de Sociología* 2: 117-127.
- BAZO, M.T. (2008). “Personas mayores y solidaridad familiar”. *Revista Política y Sociedad*, 45 (2): 73-85.
- BENGTSON, V. (2001). “The Burgess Award Lecture: Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds”. *Journal of Marriage and the Family* 63 (1): 1-16.
- BLIESZNER, R., y J. MANCINI (1987). “Enduring Ties: Older Adult’s Parental Role and Responsibilities”. *Family Relations* 36 (2): 176-180.
- BURR, J.A., y J.E. MUTCHLER (1999). “Race and Ethnicity Variation in Norms of Filial Responsibility among Older Persons”. *Journal of Marriage and the Family* 61 (3): 674-687.

- BURR, J.A., y J.E. MUTCHLER (1992). "The Living Arrangements of Unmarried Elderly Hispanic Females". *Demography* 29 (1): 93-112.
- CICIRELLI, V. (1988). "A Measure of Filial Anxiety Regarding Anticipated Care of Elderly Parents". *The Gerontologist* 23: 478-482.
- DAATLAND, S., y K. HERLOFSON (2003). "Lost Solidarity or Changed Solidarity: A Comparative European View of Normative Family Social". *Ageing and Society* 23: 537-560.
- DE VALK, H., y D. SCHANS (2008). "They Ought to Do This for Their Parents: Perceptions of Filial Obligations among Immigrant and Dutch Older People". *Ageing and Society* 28: 49-66.
- FERRÁN, M. (1996). *SPSS para Windows. Análisis estadístico*. Madrid: McGraw-Hill.
- FINCH, J., y J. MASON (1991). "Obligations of Kinship in Contemporary Britain: Is There Normative Agreement?" *The British Journal of Sociology* 42 (3): 345-367.
- GANS, D., y M. SILVERSTEIN (2006). "Norms of Filial Responsibility for Aging Parents across Time and Generations". *Journal of Marriage and Family* 68: 961-976.
- GUBERMAN, N. (2003). "Beyond Demography: The Norms and Values of Family Solidarity in Theory and in Practice". Trabajo presentado en el 56º Annual Meeting of the Gerontological Society of America, San Diego: California.
- GUZMÁN, J.M., S. HUENCHUAN, y V. MONTES DE OCA (2003). "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual". *Notas de Población* 77. Santiago de Chile: Celade-Cepal.
- HERRERA, M.S., y R. KORNFELD (2008). "Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile". *En Foco (Expansiva)*. 131: 1-15.
- HUENCHUAN, S., y Z. SOSA (2002). "Calidad de vida y redes de apoyo social de personas mayores en Chile". Documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores" de la CEPAL, Santiago de Chile.

- INGERSOLL-DAYTON, B., M. STARRELS, y D. DOWLER (1996). "Caregiving for Parents and Parents-in-Law: Is Gender Important?" *The Gerontologist* 36 (4): 483-491.
- JOVELL, A. (1995). *Análisis de regresión logística*. Madrid: Centro de Investigaciones Metodológicas (Cuadernos Metodológicos, 15).
- LEE, G., J. NETZER, y R. COWARD (1994). "Filial Responsibility Expectations and Patterns of Intergenerational Assistance". *Journal of Marriage and the Family* 56 (3): 559-565.
- LÓPEZ DOBLAS, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- LOWENSTEIN, A., y S. DAATLAND (2006). "Filial Norms and Family Support in a Comparative Crossnational Context: Evidence from the OASIS Study". *Ageing and Society* 26, 203-233.
- PEEK, M., R. COWARD, C. PEEK, y G. LEE (1998). "Are Expectations for Care Related to the Receipt of Care? An Analysis of Parent Care among Disabled Elders". *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53B (3): 127-136.
- PINAZO, S., y M. SÁNCHEZ (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.
- SÁNCHEZ-AYÉNDEZ, M. (1993). "La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico". En E. Gómez, R. de los Ríos, R. Plaut, C. Torres, y J. Yunes, *Género, mujer y salud en las Américas* 286-291. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- SATIR, V. (1980). *Recursos humanos en el núcleo familiar*. México: Trillas.
- SILVERSTEIN, M., S. CONVOY, H. WANG, R. GIARRUSSO, y V. BENGTON (2002). "Reciprocity in Parent-Child Relations over the Adult Life Course". *Journal of Gerontology (B Psychol Sci Soc Sci)*. 57 (1): S3-S13.
- SILVERSTEIN, M., D. GANS, y F. YANG (2006). "Intergenerational Support to Aging Parents. The Role of Norms and Needs". *Journal of Family Issues* 27 (8): 1068-1084.

- SPITZE, G., y J. LOGAN (1990). "Sons, Daughters, and Intergenerational Social Support". *Journal of Marriage and Family* 52 (2): 420-430.
- SPITZE, G., y J. LOGAN (1991). "Sibling Structure and Intergenerational Relations". *Journal of Marriage and Family* 53 (4): 871-884.
- STEIN, C., V. WEMMERUS, M. WARD, M. GAINES, A. FREEBERG, y C. JEWELL (1998). "Because They're My Parents: An Intergenerational Study of Felt Obligation and Parental Caregiving". *Journal of Marriage and the Family* 60 (3): 611-622.
- STUIFBERGEN, M., J. VAN DELDEN, y P. DYKSTRA (2008). "The Implications of Today's Family Structures for Support Giving to Older Parents". *Ageing y Society* 28: 413-434.
- WALKER, A., C. PRATT, y N. CHUN OPPY (1992). "Perceived Reciprocity in Family Caregiving". *Family Relations* 41 (1): 82-85.
- WEN-LI, L. (2004). "Intergenerational Interdependence: Mid-Life Couples' Help Exchange in a Three-Generational Model". *Family and Consumer Sciences Research Journal* 32 (3): 275-290.
- WHITBECK, L., D. HOYT y S. HUCK (1994). "Early Family Relationships, Intergenerational Solidarity, and Support Provided to Parents by Their Adult Children". *Journal of Gerontology* 49 (2): S85-S94.
- WHITBECK, L., R. SIMONS y R. CONGER (1991). "The Effects of Early Relationships on Contemporary Relationships and Assistance Patterns between Adult Children and Their Parents". *Journal of Gerontology* 46 (6): S330-S337.

APOYOS RECIBIDOS POR PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN MÉXICO

Cecilia Rabell
Sandra Murillo

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos preguntamos sobre la fuerza de los vínculos que las familias del México contemporáneo mantienen con personas con las que no comparten el mismo techo; en particular, intentamos conocer los alcances y las modalidades que adoptan las ayudas que proporcionan parientes y allegados significativos, integrantes de las llamadas redes familiares, a las personas de 60 y más años. El análisis de los intercambios familiares que emprendemos constituye un intento por ir más allá de las fronteras del grupo residencial e insertarlo en la trama más amplia de parientes y cercanos con los que interactúa mediante prestaciones de diversos tipos de bienes y servicios.

Nos interesó el análisis de las ayudas que se reciben en situaciones críticas porque revelan, de forma inequívoca, la vulnerabilidad diferencial de los distintos arreglos familiares y la modalidad de participación de parientes y personas cercanas no emparentadas que no viven con los adultos mayores.

Quisimos saber si la solidaridad familiar está siempre vigente, porque suponemos que las condiciones socioeconómicas que enmarcan la vida familiar pueden influir. Veremos si hay un “efecto de selectividad” que opera favoreciendo a ciertos hogares y excluyendo a otros que resultan, en situaciones límite,

discriminados y más propensos al aislamiento social. La precariedad económica de muchos de los adultos mayores, resultado de trayectorias laborales inestables, y la consiguiente disminución de los espacios de sociabilidad, pueden ser factores que debilitan las redes familiares, redefiniendo sus límites y sus alcances.

La perspectiva de género en el estudio de los apoyos dados y recibidos ha mostrado facetas ocultas del protagonismo femenino en la conformación y el sostenimiento de redes familiares. Veremos si las ayudas recibidas por personas de 60 o más años responden a un ordenamiento de género.

Al igual que otras acciones sociales, la afectividad está normada y regulada culturalmente; nos podemos preguntar entonces quiénes son las figuras clave del sistema afectivo de los adultos mayores (Ariza y Oliveira, 2009: 262-270).

Diversos estudios sobre las “redes sociales” de las personas mayores constatan que la pertenencia a una red no garantiza recibir apoyo (Guzmán *et al.*, 2002). Dichos estudios sugieren llevar a cabo un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de apoyos. Entre los elementos básicos para el estudio de los apoyos figuran la identificación de los vínculos entre donadores y receptores y el tipo de apoyo brindado. En este estudio abordamos ambos temas.

Describimos los arreglos residenciales de los entrevistados, su situación socioeconómica y también hacemos un “mapa afectivo”, es decir, una descripción de las personas a quienes los entrevistados perciben como afectivamente cercanas y que cumplen con la condición de no coresidir con ellos. Luego describimos las situaciones críticas más frecuentes experimentadas por las familias de adultos mayores y las ayudas recibidas para enfrentar estas situaciones, de acuerdo al tipo de arreglo residencial en el que viven estos adultos. Para terminar, exploramos las figuras que proporcionan las ayudas a los adultos mayores.

COORDENADAS TEÓRICAS

El envejecimiento de la población mexicana ha tenido repercusiones en la estructura de las familias, entendidas éstas como el grupo de personas emparentadas y corresidentes. Además de la disminución en el tamaño medio, que ha pasado de 5.3 miembros en 1970 a 3.9 en 2010, causada sobre todo por el descenso de la fecundidad, ha habido un envejecimiento en varias de las estructuras familiares.¹

La presencia de adultos mayores se ha incrementado de manera significativa y seguirá aumentando en las próximas décadas, en gran parte porque ha habido un notorio avance en la esperanza de vida de las personas.² En consecuencia, el papel de los adultos mayores en el ámbito familiar se ha modificado; tradicionalmente, los padres apoyaban a los hijos hasta que éstos se independizaban, es decir, hasta que iniciaban su transición a la adultez abandonando el hogar paterno, y en una segunda etapa los padres trabajaban mientras su estado de salud lo permitía y recibían el apoyo de los hijos.

Recordemos que gracias a la elevada fecundidad, los padres tenían muchos hijos a los cuales recurrir. Actualmente, los adultos mayores saludables brindan a los hijos apoyos cuidando a familiares durante varios años; estos apoyos se prolongan varios años después de que los hijos han dejado el hogar paterno; por ejemplo, los abuelos se encargan de una parte del cuidado de los nietos (Saraceno, 2008).

¹ Cuando comparamos las edades medias de los jefes de los distintos tipos de familia entre 1970 y 2010 encontramos lo siguiente: en las familias nucleares hay un leve aumento en la edad media del jefe; en las monoparentales y unipersonales casi no hay cambios. Donde sí encontramos variaciones es en los hogares de parejas solas: el porcentaje de jefes de 60 o más años pasó de 31.0% en 1970 a 42.1% en 2010; en los arreglos extensos, la proporción de jefes de 60 años o más pasó de 18.2% en 1970 a 19.9% en 2010.

² En 1970, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres era de 60.0 años y de 63.9 entre las mujeres (Alba, 1993); en 2010 es de 73.1 y 77.8, respectivamente (Consejo Nacional de Población, 2012).

A diferencia de lo que ocurre en sociedades donde el sistema de pensiones está muy extendido,³ en México los adultos mayores no siempre pueden ayudar económicamente a los hijos, ya que pocos adultos mayores disponen de pensiones o capital acumulado.⁴ Cuando los adultos mayores tienen malas condiciones de salud, el cuidado de los padres recae en los hijos y, en especial, en las hijas (Bonvalet y Ogg, 2011).

Un concepto indispensable para analizar las ayudas que circulan entre los adultos mayores y sus parientes y allegados en situaciones de crisis es el de “solidaridad”. La solidaridad es un concepto amplio, que en términos generales se refiere al bien común.

La solidaridad puede ser conceptualizada a partir de distintas dimensiones. Para Bengtson y Roberts,⁵ la solidaridad vista desde la dimensión funcional se refiere a las ayudas mutuas, que son tangibles o directas. Las ayudas directas se basan en un intercambio de servicios, de información y de dinero. También hay otras dimensiones de la solidaridad relacionadas con las ayudas indirectas, que son de tres tipos: estructural (número de miembros de la familia, tipo de familia, etc.), asociativa (prácticas de los hogares referidas a frecuencia de visitas, proximidad geográfica, etc.) y afectiva (apoyos morales y confianzas). Nosotras trabajaremos las ayudas directas (dimensión funcional) y las ayudas indirectas (dimensiones estructural y afectiva).

La dimensión estructural ha sido particularmente estudiada en el caso de los adultos mayores. Dado que en el proceso histórico de la modernización de las sociedades se ha desgastado, la obligación filial de convivir con los padres y cuidarlos durante la

³ De acuerdo con los estudios realizados en países desarrollados, las transferencias financieras fluyen de las generaciones mayores a las generaciones jóvenes a través de herencias, regalos y transferencias *inter vivos* (Saraceno, 2008).

⁴ En 2001, sólo 18% de los adultos mayores que trabajaron alguna vez recibía pensión; esta baja cifra puede deberse, en parte, a la alta frecuencia de la informalidad en el mercado laboral (Murillo, 2009).

⁵ Citado por Bonvalet y Ogg (2011: 49-50).

vejez, los investigadores y los responsables de las decisiones en materia de política social se han interesado en explorar los efectos que tienen estos arreglos residenciales modernos. Es especialmente preocupante el caso de las sociedades en desarrollo en las que los adultos mayores suelen no estar cubiertos por los sistemas de seguridad social. Se ha encontrado que en la decisión de que los adultos mayores vivan solos intervienen tanto ellos como otros miembros de sus familias. Los factores que influyen en estas decisiones son de dos tipos: por un lado, las normas y los valores culturales y, por otro, las condiciones socioeconómicas (Naciones Unidas, 2005).

Podemos considerar que los intercambios se realizan a través de redes. De acuerdo con Lambert Maguire (1981), las redes se definen como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Las redes no constituyen un hecho “natural”, ni están constituidas de una vez y para siempre por un acto social de institución (representado, en el caso de un grupo familiar, por la definición genealógica de relaciones de parentesco característica de una formación social), sino que son el producto del trabajo para producir y reproducir lazos durables y útiles, que procuren beneficios materiales o simbólicos (Rabell y D’Aubeterre, 2009: 46).

Los contornos de estas redes se modifican: el contacto y los intercambios con la parentela y allegados atraviesan varias fases de expansión y contracción a lo largo del ciclo familiar (Guzmán *et al.*, 2002). En especial, cuando las personas llegan a la edad de la jubilación y empiezan a vivir la pérdida de la pareja, de amigos y de parientes de su mismo grupo etario, las redes generalmente se contraen. En consecuencia, las redes familiares son cambiantes y no siempre proveen recursos; también hay que tener en cuenta que los hogares varían en cuanto a la forma de establecer y mantener los vínculos, que pueden ser más o menos intensos.

El papel que desempeña el género en la circulación de las ayudas es de gran relevancia; de acuerdo con la construcción social, los hombres son sobre todo proveedores de bienes materiales, mientras que las mujeres dominan el ámbito de los cuidados para la reproducción doméstica. Esta división se refleja en los tipos de ayudas que brindan hombres y mujeres. De acuerdo con R. Anker (1998), las mujeres tienen atributos positivos y también negativos: se caracterizan por ser confiables y hábiles en cuestiones manuales, pero tienen menos poder que los hombres para tomar decisiones y menor capacidad de aportar dinero a la familia, puesto que, por lo general, sus ingresos son menores que los de los varones. Estas supuestas características hacen de ellas las figuras idóneas para encargarse del cuidado de adultos mayores y de niños, brindar apoyo emocional y resolver problemas cotidianos.

Para el análisis de los apoyos que reciben las personas de 60 y más años que viven situaciones críticas, los conceptos vertidos en este apartado nos permiten clasificar las ayudas, entender en qué dimensión de la solidaridad se ubican, qué figuras integran las redes de apoyo, en qué sentido fluyen las ayudas —de padres a hijos o a la inversa—, las diferencias en los tipos de ayuda según el género y el papel que desempeñan personas no emparentadas, tales como los amigos y los vecinos.

METODOLOGÍA

Analizamos los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (Endifam 2005), que es representativa de los cuatro grandes grupos de edad en los que se puede dividir a la población adulta del país.⁶ Trabajamos con uno de estos grupos,

⁶ La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (Endifam 2005) se levantó como parte del convenio de colaboración firmado entre el Instituto de Investigaciones Sociales y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Se aplicó un esquema de muestreo probabilístico, estratificado y polietápico. La encuesta es representativa a nivel nacional, lo que significa que

el de 60 y más años, que incluye a 3 358 entrevistados. En el grupo de personas entrevistadas de 60 y más años, el 85% son jefes de familia o sus cónyuges (el jefe o la jefa de familia es aquella persona que los miembros del grupo de personas coresidentes definen como tal), el 11% son padres o suegros del jefe de familia que residen con él y el 4% restante tiene otro vínculo de parentesco con el jefe y también vive con él. Supusimos que los entrevistados que declararon ser padres, suegros u otras personas emparentadas con el jefe reciben la mayor parte de los apoyos de miembros de la familia donde residen; dado que el módulo de “ayudas” de la Endifam está referido a aquellos apoyos recibidos de personas que no coresiden con *ego*,⁷ optamos por excluir del análisis a estos entrevistados. Por consiguiente, elegimos analizar solamente a los 2 854 entrevistados que son jefes (69%) o cónyuges (31%).

Nuestra definición de *familia* alude al grupo de personas coresidentes que mantienen entre sí vínculos legales o consanguíneos. Usaremos los términos “parientes” o “parentela” para designar a aquellas personas que no conviven con la persona entrevistada. Agrupamos a las familias tomando como criterio rector si viven o no en pareja: pareja sola, pareja con hijos, pareja y otros, etcétera, y el vínculo de parentesco que los une con las otras personas con las que viven (padre con hijos, jefe y otras personas que pueden o no ser parientes). También separamos a las personas que viven solas (hogares unipersonales).

Los tipos de apoyo que reciben y dan los adultos mayores pueden agruparse en cuatro grandes categorías: dinero, trabajo, bienes y apoyo moral. Creamos una quinta categoría de “otros” donde clasificamos las ayudas de muy diferente índole que no corresponden a ninguna de nuestras categorías principales.

no es posible hacer un análisis por zonas rurales/urbanas ni por tamaño de localidad para el grupo de edad de 60 o más años. En total, se levantaron 23 839 cuestionarios a personas de 18 y más años (Rabell, 2009: 15-26).

⁷ *Ego* designa a la persona de referencia. Se usa frecuentemente en estudios antropológicos, genealógicos, sociológicos sobre redes, etcétera.

El dinero constituye la forma de apoyo más frecuente. Se da y se recibe dinero para enfrentar dificultades económicas, como el pago de vivienda, de servicios médicos, de deudas y otros. En segundo lugar figuran los apoyos “morales”, término que tomamos de las respuestas de los entrevistados. Estos apoyos están destinados a paliar problemas en el campo de la afectividad: sentimientos de soledad y de aislamiento, depresiones por la enfermedad o pérdida de seres cercanos, consejo en la toma de decisiones graves. Clasificamos como “trabajo” todas aquellas ayudas consistentes en apoyos para asegurar la reproducción doméstica (cuidado de los niños o de personas impedidas, trámites de pago de servicios, traslado, etc.), los cuidados asociados a la salud (subsana la falta de tiempo para cuidar enfermos; complicaciones con trámites hospitalarios o con seguros médicos) y las ayudas para enfrentar serias dificultades laborales (problemas para desempeñar el trabajo, jornadas y responsabilidades excesivas, etc.). Otra forma de ayuda consiste en proporcionar ciertos bienes que resultan indispensables en situaciones críticas: alojamiento, alimentos, medicinas.

En los primeros incisos de este trabajo se describen los arreglos residenciales de los entrevistados, su situación socioeconómica y también se hace un “mapa afectivo”, es decir, una descripción de las personas a quienes los entrevistados perciben como afectivamente cercanas y que cumplen con la condición de no coresidir con ellos.

La información para saber con quién viven las personas proviene de un listado de miembros del hogar que forma parte de la Endifam.

En el cuestionario se hizo la siguiente pregunta: *Sin considerar a las personas que viven aquí en esta casa, queremos saber quiénes son, para usted, las personas con las que se siente más unido(a) afectivamente o a las que les tiene más confianza, ya sean familiares, amigos, vecinos u otros.* Se hizo un análisis de las personas cercanas, según la relación que tienen con los entrevistados.

Para caracterizar la condición socioeconómica de las familias tomamos en cuenta una serie de dimensiones: variables de la

vivienda,⁸ de la capacidad económica básica de consumo de las familias⁹ y de la escolaridad de la población entrevistada. Las familias quedaron ordenadas en cinco grupos o quintiles que van del 20% de las familias más desfavorecidas (primer quintil) al 20% de las más acomodadas (quinto quintil).¹⁰

De los 2 854 entrevistados, 1 850 jefes o cónyuges declararon haber enfrentado situaciones críticas: la muerte de un familiar cercano, una enfermedad grave, un accidente, problemas económicos serios y problemas de trabajo graves. Se analizaron 1 964 ayudas recibidas en este tipo de situaciones.

Se tomaron en cuenta las ayudas recibidas por *ego* provenientes de hijos e hijas, hermanos y hermanas que tuvieran las siguientes características: ser mayores de 17 años y no coresidir con *ego*. Además, analizamos las ayudas provenientes de amigos y amigas, vecinos y vecinas.

Las preguntas del cuestionario dirigidas a la persona entrevistada que ha declarado haber tenido una de las situaciones críticas antes mencionadas fueron las siguientes: *¿En esta situación ha recibido ayuda de familiares, amigos, vecinos o paisanos?* En caso afirmativo: *¿Dígame qué personas le dieron ayuda a usted cuando... (decir la situación)? Dígame el nombre de la persona que le ayudó. ¿Es hombre o mujer? ¿Qué relación tiene usted con esa persona que le ayudó? (anotar parentesco u otra relación) ¿Qué tipo de ayuda recibió de... en esa situación?* Se consideran hasta tres personas y tres situaciones de crisis.

⁸ Los materiales de los techos y los pisos, la disponibilidad de agua potable, de baño con sanitario, una cocina exclusiva (es decir, que no fuese utilizada también para dormir) y el número de dormitorios en la vivienda.

⁹ La posesión de los siguientes enseres: el radio o radiograbadora, la televisión, los servicios de televisión de paga, las videocasetas y DVD, la licuadora, el refrigerador, la lavadora, el horno de microondas, la computadora, el teléfono y la propiedad de automóvil o camioneta.

¹⁰ Aplicamos la estratificación socioeconómica que fue diseñada por el maestro Ricardo Aparicio con datos provenientes de esta encuesta. Si se quiere conocer el método de análisis empleado y los criterios aplicados, véase el trabajo "Generación de un índice socioeconómico de los hogares" en el "Anexo metodológico" de Rabell, 2009.

Fue necesario trabajar con diversas subpoblaciones: la subpoblación de *egos* que tuviesen un hijo sobreviviente que no corriera con ellos en el momento del levantamiento de la encuesta, otra subpoblación con estas mismas características referidas a las hijas. Lo mismo se hizo al construir las subpoblaciones con hermanas y hermanos. En los casos de ayudas provenientes de amigos, amigas, vecinos y vecinas, incluimos a los 1 850 entrevistados.

El hecho de trabajar con distintas subpoblaciones impone algunas limitaciones; no podemos, por ejemplo, comparar cifras absolutas, puesto que se refieren a subpoblaciones diferentes, pero podemos analizar y comparar las proporciones.

Quisimos comprender lo que los entrevistados entienden por *recibir ayuda* y en qué circunstancias tienen lugar estas acciones; las respuestas ofrecidas constituyen una vasta gama de bienes y servicios recibidos por *ego* o bien por el grupo familiar. Una primera etapa del trabajo consistió en clasificar y agrupar las ayudas según su tipo (dinero, trabajo, bienes, apoyo moral y otros). En este trabajo nos limitamos al análisis de la circulación, entre *ego* y sus figuras principales, de los diferentes bienes y servicios que fueron conceptualizados como ayudas.

ARREGLOS RESIDENCIALES, MAPA AFECTIVO Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS

Los arreglos residenciales están asociados al bienestar de los adultos mayores. El análisis de acuerdo con los distintos tipos de arreglo residencial constituye una manera de incorporar la dimensión estructural de la solidaridad al análisis (Bengtson y Roberts, 1991).

Vivir con familiares, especialmente con los hijos, tiene costos y beneficios, tal como afirman Burr y Mutchler (1992). Los beneficios para los adultos mayores incluyen apoyos físicos, emocionales y financieros. Los costos asociados son la pérdida de estatus, de privacidad y de independencia. En la decisión de con

quién vivir intervienen valores y normas culturales y también imperativos económicos y de salud (Murad Saad, 2003). Las posibilidades que tienen los adultos mayores de vivir de forma independiente (no coresidir con hijos o con otros parientes) y de conservar la jefatura de su hogar dependen de la existencia de hijos mayores y de su estado conyugal, de las condiciones de salud, de la situación económica propicia y de factores culturales asociados al papel que desempeñan las personas mayores en el ámbito familiar y de su deseo de privacidad.

De acuerdo con nuestros datos, los arreglos residenciales de hombres y mujeres son diferentes; los hombres viven en pareja en mayor proporción que las mujeres (81% frente a 62%) (cuadro 1). Hay una mayor proporción de mujeres que sobrevive a su pareja, dada la diferencia de edades entre los cónyuges, y, en consecuencia, hay más mujeres sin pareja que hombres. También sabemos que los hombres, al enviudar o separarse, se vuelven a unir con más frecuencia que las mujeres. Los hombres que no viven en pareja viven solos (9%), o bien con hijos (3%) o con otros parientes (7%).

CUADRO 1
ARREGLOS RESIDENCIALES DE PERSONAS
DE 60 Y MÁS AÑOS

| <i>Arreglos residenciales</i> | <i>Hombres (%)</i> | <i>Mujeres (%)</i> |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| Pareja sola | 26 | 23 |
| Pareja con hijos | 31 | 21 |
| Pareja y otros | 24 | 18 |
| Padre o madre con hijos | 3 | 11 |
| Jefe(a) y otros | 7 | 16 |
| Unipersonal | 9 | 11 |
| Total | 100 | 100 |
| Número de casos | 1490 | 1364 |

Fuente: Endifam 2005.

Las mujeres que no tienen pareja optan por las soluciones siguientes: con frecuencia viven con alguno o varios de sus hijos (10%), otras corresiden con uno o más parientes (17%) o bien viven solas (11%). No sabemos si estos arreglos residenciales obedecen a preferencias de las mujeres o bien a necesidades económicas. Sea cual fuere la razón, los vínculos familiares en la sociedad mexicana son lo suficientemente fuertes como para que más de una cuarta parte de las mujeres de 60 y más años viva con algún pariente.

Podemos afirmar que los arreglos familiares de las personas de 60 y más años revelan que la dimensión estructural de la solidaridad opera en una gran mayoría de los casos: solamente alrededor de una de cada diez personas de esas edades vive sola.

Si analizamos la relación entre los arreglos residenciales y el estatus socioeconómico, encontramos que el 74% de las personas que viven solas están ubicadas en los dos quintiles socioeconómicos más bajos; este arreglo está asociado a las condiciones socioeconómicas más precarias (cuadro 2).

En los dos primeros quintiles se ubica el 66% de las parejas solas (suelen estar constituidas por personas de edades avanzadas) y el 65% de los arreglos en los que el jefe de familia vive con personas no emparentadas. En los demás arreglos residenciales, el porcentaje de hogares situados en los dos quintiles más pobres oscila entre el 52% y el 60%.

Una forma de apreciar la integración o el aislamiento de los adultos mayores es a través de los vínculos afectivos que mantienen, en este caso con personas que no corresiden con ellos. Se trata de un acercamiento a la dimensión afectiva de la solidaridad (Bengtson y Roberts, 1991). Como se puede apreciar en el cuadro 3, casi una quinta parte declaró no tener ninguna persona cercana fuera de su hogar.¹¹ Esta constatación coincide con

¹¹ La mediana del número de cercanos es muy similar en todos los arreglos familiares. Cuando la pareja correside con hijos tiene el número más bajo de personas cercanas.

afirmaciones de investigadores que sostienen que “la vejez se ha convertido en una experiencia más solitaria” (Phillipson *et al.*, 2011: 161).

CUADRO 2
ARREGLOS RESIDENCIALES SEGÚN QUINTILES (%)

| <i>Arreglos residenciales</i> | <i>Quintiles</i> | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | <i>Primero y segundo</i> | <i>Tercero a quinto</i> |
| Unipersonal | 74.0 | 26.0 |
| Pareja sola | 66.4 | 33.6 |
| Jefe y otros | 65.1 | 34.9 |
| Padre o madre con hijos | 60.2 | 39.8 |
| Pareja y otros | 58.0 | 42.0 |
| Pareja con hijos | 52.6 | 47.4 |

Fuente: Endifam 2005.

CUADRO 3
NÚMERO DE PERSONAS CERCANAS A EGO

| <i>Número de personas cercanas</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------------------------------|-------------------|
| 0 | 18 |
| 1 | 39 |
| 2 | 23 |
| 3 | 11 |
| 4 o más | 9 |
| Total | 100 |

Fuente: Endifam 2005.

La mayor parte de los adultos mayores, casi el 40%, tiene sólo una persona cercana fuera de los muros de su hogar. Poco menos del 10% son personas sumamente sociables con cuatro o más personas afectivamente cercanas.

¿Quiénes son esas personas cercanas? Sabemos que los contornos de las redes se modifican a lo largo del ciclo de vida de las personas y también hay modificaciones en el “mapa afectivo”.

El cuadro 4 nos muestra que en la última etapa de la vida, tanto los hijos adultos como las hijas son las figuras más cercanas, seguidos por los hermanos y las hermanas. Otras figuras de parientes de generaciones colaterales y descendientes aparecen en pocos casos.

CUADRO 4
PERSONAS CERCANAS SEGÚN SU RELACIÓN CON *EGO*

| <i>Relación con la persona cercana</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--|-------------------|
| Hijo | 20.6 |
| Hija | 20.5 |
| Hermano | 7.2 |
| Hermana | 7.9 |
| Nieto | 0.8 |
| Nieta | 0.8 |
| Sobrino | 1.8 |
| Sobrino | 2.2 |
| Primo | 1.3 |
| Prima | 1.3 |
| Amigo | 5.7 |
| Amiga | 6.3 |
| Vecino | 4.3 |
| Vecina | 6.7 |
| Otros | 12.6 |
| Total | 100.0 |

Fuente: Endifam 2005.

No hay duda acerca de la fuerza de los vínculos basados en la consanguinidad: el 64% de las personas cercanas son parientes y su presencia define en gran medida el mapa afectivo de los adultos mayores. Los hijos e hijas ocupan el lugar primordial. Sin

embargo, el papel que desempeñan los amigos, los vecinos y otros allegados en el bienestar emocional de las personas mayores es también relevante, puesto que representan el 36%. También en otros contextos, como en Inglaterra en los años noventa, los vínculos con personas que no pertenecen a la familia han adquirido importancia (Phillipson *et al.*, 2011).

SITUACIONES CRÍTICAS VIVIDAS Y AYUDAS RECIBIDAS EN LOS DISTINTOS ARREGLOS RESIDENCIALES

La frecuencia con que los arreglos residenciales de los adultos mayores viven situaciones críticas puede verse en el cuadro 5. La muerte de un ser querido es la experiencia más frecuente: siete de cada diez adultos mayores la han vivido. En segundo lugar, estas personas enfrentan problemas de salud y, aunque menos, problemas económicos graves. Los accidentes son poco frecuentes porque están asociados a conductas de riesgo que son inusuales entre la población mayor. También los problemas de trabajo serios son poco frecuentes.

CUADRO 5
ARREGLOS RESIDENCIALES SEGÚN LA SITUACIÓN CRÍTICA VIVIDA
Y LA RECEPCIÓN DE AYUDAS (%)

| <i>Situación crítica</i> | <i>Arreglos residenciales (%)</i> | <i>Recibieron ayuda (%)</i> |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Muerte de un familiar cercano | 73 | 69 |
| Enfermedad grave | 44 | 70 |
| Problemas económicos serios | 35 | 66 |
| Accidente | 17 | 59 |
| Problemas de trabajo serios | 17 | 66 |

Fuente: Endifam 2005.

Estos resultados son un reflejo de la fase avanzada del ciclo de vida en que se encuentran los entrevistados, sus parientes ascendentes y colaterales, y sus amigos: la pérdida de la pareja,

de los padres y hermanos, de los amigos cercanos, son eventos cuya frecuencia aumenta con la edad. Lo mismo puede decirse de los problemas graves de salud, puesto que, aunque la esperanza de vida no ha cesado de aumentar, la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas es elevada. Sorprende que los problemas económicos serios no hayan sido mencionados con mayor frecuencia, dado que nada más el 20% de los adultos mayores recibe pensiones por jubilación (Murillo, 2009). Es probable que ello se deba a que cerca del 75% de los adultos mayores vive con otros adultos más jóvenes y no depende sólo de sus propios ingresos, y que muchos de ellos permanecen ocupados en el mercado de trabajo.

Analizaremos ahora las dimensiones funcional y afectiva de la solidaridad. Estas dimensiones quedan de manifiesto en la elevada proporción de familias que recibieron ayuda, que fluctúa entre el 66% y el 70% de los casos, salvo cuando se trata de accidentes. Es probable que sea menor en estas situaciones porque los accidentes suceden de manera imprevista y los parientes y amigos cercanos pueden no estar presentes.

Hemos visto hasta ahora que muchas de las condiciones de vida y de bienestar de los adultos mayores dependen de sus arreglos residenciales.

En el cuadro 6 calculamos los residuales ajustados de las variables “arreglo residencial” y “recibir ayuda” para ver en qué casos las ayudas están relacionadas con el patrón de coresidencia.¹²

Los adultos mayores que viven con sus hijos reciben menos ayuda de personas con las que no viven que la esperada estadís-

¹² Cuando el valor absoluto (sin considerar el signo negativo o positivo) del residual es superior a 2, nos está indicando que la forma de organización familiar está asociada al hecho de recibir ayuda. Cuando el signo del residual es positivo hay un superávit de ayudas y cuando es negativo hay un déficit (Agresti y Finlay, 1999).

ticamente (el residual ajustado es de -2.8). Suponemos que el apoyo que les brindan sus hijos resuelve las necesidades que pueden tener y no requieren apoyo de personas no corresidentes.

CUADRO 6
ARREGLO RESIDENCIAL Y AYUDAS RECIBIDAS

| <i>Arreglos residenciales</i> | <i>Recibió ayuda</i> |
|--------------------------------|----------------------|
| <i>Pareja sola</i> | |
| observados | 334 |
| esperados | 333 |
| residual ajustado | 0.2 |
| <i>Pareja con hijos</i> | |
| observados | 338 |
| esperados | 360 |
| residual ajustado | -2.8 |
| <i>Padre o madre con hijos</i> | |
| observados | 110 |
| esperados | 97 |
| residual ajustado | 2.9 |
| <i>Pareja y otros</i> | |
| observados | 284 |
| esperados | 296 |
| residual ajustado | -1.6 |
| <i>Jefe(a) y otros</i> | |
| observados | 171 |
| esperados | 171 |
| residual ajustado | 0 |
| <i>Unipersonal</i> | |
| observados | 180 |
| esperados | 160 |
| residual ajustado | 3.4 |
| <i>Número de casos</i> | 1417 |

Fuente: Endifam 2005.

Los adultos mayores que conservan la jefatura y corresidentes con otras personas emparentadas o no reciben asistencia de estas personas, razón por la cual el valor del residual ajustado no es significativo.

En el caso del arreglo “padre o madre con hijos”, el residual ajustado es positivo (2.9), indicando que hay un superávit de ayudas. También cuando se trata de arreglos “unipersonales” el residual ajustado es positivo (3.4), revelando que los adultos mayores que viven solos reciben más ayudas que las esperadas. La explicación de estas dos situaciones reside en el hecho de que en estos arreglos no hay pareja. En estudios de diversos autores se han encontrado resultados similares (Murad Saad, 2003). La conclusión a la que se llega es que la pareja provee los cuidados y demás apoyos, sobre todo emocionales, y que en estas condiciones el adulto mayor necesita menos asistencia que cuando no tiene pareja. El importante papel que desempeña la pareja también queda de manifiesto cuando analizamos los arreglos residenciales donde vive una pareja sola y una pareja y otras personas emparentadas o no. Los residuales muestran que no hay asociación entre el hecho de recibir ayuda y estos tipos de arreglos residenciales.

Nos preguntamos por qué los arreglos residenciales de parejas con hijos tienen déficit de ayudas, mientras que el padre o la madre con hijos tienen un superávit, dado que en ambos casos el o los mayores de 60 años tienen hijos adultos que viven con ellos.

Creemos que una parte de la explicación reside en que cuando se trata de parejas con hijos, la pareja suele tener una edad menor, como se puede ver en el cuadro 7.

La mediana de la edad de los integrantes de la pareja es de 66 años para el jefe de familia y de 62 para años para la cónyuge. En la mayor parte de los casos, tanto los hijos mayores como los menores son adultos. En consecuencia, en este arreglo, el adulto mayor tiene una pareja, además de los hijos adultos, que lo apoya.

Cuando el padre o la madre viven solamente con hijos hay un superávit de ayudas provenientes de parientes o allegados que no corresiden con los entrevistados. Podemos atribuir este “exceso” de ayudas a dos factores: se trata de un grupo de adultos de mayor edad que en el caso anterior, y, por lo tanto, son más vulnerables (la mediana es de 70 años) y no tienen a la pareja que

los apoye. Pareciera que los hijos no se encargan de darles toda la atención que necesitan.

CUADRO 7
ARREGLOS RESIDENCIALES Y EDAD DEL JEFE DE FAMILIA
Y DE SU CÓNYUGE

| <i>Arreglos residenciales</i> | <i>Edad según cuartil</i> | |
|--------------------------------|---------------------------|----------------|
| | <i>Jefe</i> | <i>Cónyuge</i> |
| <i>Pareja sola</i> | | |
| 25 | 65 | 61 |
| 50 | 70 | 67 |
| 75 | 76 | 72 |
| <i>Pareja con hijos</i> | | |
| 25 | 61 | 59 |
| 50 | 66 | 62 |
| 75 | 71 | 66 |
| <i>Padre o madre con hijos</i> | | |
| 25 | 64 | - |
| 50 | 70 | - |
| 75 | 73 | - |
| <i>Pareja y otros</i> | | |
| 25 | 63 | 60 |
| 50 | 67 | 63 |
| 75 | 73 | 69 |
| <i>Jefe(a) y otros</i> | | |
| 25 | 63 | - |
| 50 | 68 | - |
| 75 | 75 | - |
| <i>Unipersonal</i> | | |
| 25 | 65 | - |
| 50 | 70 | - |
| 75 | 78 | - |

Fuente: Endifam 2005.

A diferencia de lo que se podría pensar acerca del aislamiento de adultos mayores que viven solos, encontramos que los hogares unipersonales son precisamente aquellos que reciben el mayor superávit de ayudas externas en situaciones de crisis. La mediana de la edad de estos entrevistados es, al igual que en el caso anterior, de 70 años. Sin embargo, los adultos mayores en el último cuartil tienen 78 años o más. Éste es el tercer valor intercuartílico de la edad más alto, comparado con los demás arreglos residenciales. Podemos decir, entonces, que no tener pareja y tener una edad más elevada son factores asociados a una mayor recepción de ayudas.

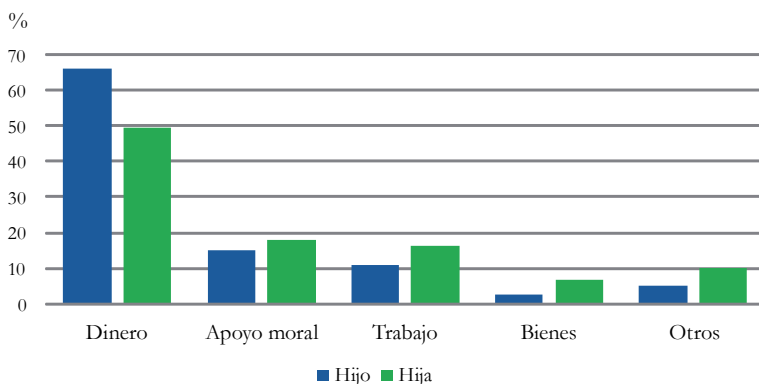
Hemos hecho diversos trabajos sobre la circulación de ayudas con datos de esta misma encuesta y siempre hemos encontrado que, en el caso de la población adulta, el hecho de recibir ayudas está relacionado con el estrato socioeconómico de la familia: a mayor nivel socioeconómico mayor es la probabilidad de recibir apoyo en situaciones críticas. Nos sorprendió que esto no sucede en la población de 60 años y más: se recibe apoyo independientemente del estrato socioeconómico.¹³

APOYOS RECIBIDOS DE HIJOS E HIJAS

Diversos estudios han mostrado que el núcleo del sistema de ayudas está constituido por las relaciones entre padres e hijos (Bonvalet y Ogg, 2011). Veamos ahora en la gráfica 1 lo que los entrevistados reciben de hijos e hijas. La ayuda que con mayor frecuencia reciben los adultos mayores de sus hijos e hijas es dinero. El apoyo moral y las ayudas en forma de trabajo tienen frecuencias similares.

¹³ Los residuales ajustados mostraron que hay independencia entre la situación socioeconómica de la familia en la que viven los entrevistados y el hecho de recibir ayuda en situaciones críticas.

GRÁFICA 1
AYUDAS RECIBIDAS DE HIJOS E HIJAS



Fuente: Endifam 2005.

Hay una clara especialización genérica: los hijos dan dinero en mayor proporción que las hijas; el dinero es un recurso asociado a lo masculino. Son frecuentes las menciones del dinero proporcionado para el pago de los gastos del entierro y las misas, para la compra de medicinas, para el pago de luz y agua, para la compra de despensas. Las hijas, en cambio, proporcionan más apoyo moral a sus progenitores, compañía y consuelo, así como también más ayudas en forma de trabajo doméstico y bienes. Se menciona, por ejemplo, el lavado de la ropa, hacer mandados, traer alimentos, brindar cuidados durante la recuperación de alguna enfermedad. El espacio doméstico y el espacio afectivo son los ámbitos femeninos por excelencia. Estos resultados coinciden con las afirmaciones de R. Anker (1998) sobre las características de los apoyos que dan hombres y mujeres.

En el cuadro 8 podemos ver con detalle el papel del género no solamente en relación con los tipos de ayuda que se brindan, sino también con respecto a la figura masculina o femenina receptora de la ayuda en los intercambios intergeneracionales. Los

hijos dan con mayor frecuencia dinero a la madre que al padre; el padre, en cambio, recibe más apoyos en trabajo de parte de sus hijos. La relación entre hijas y madres es particularmente intensa y cercana: las madres reciben de las hijas mucho más que los padres. En especial, reciben mucho apoyo moral (indicador de cercanía afectiva). Así, los intercambios son un reflejo de las emociones que fluyen en el interior de las familias mexicanas. En su estudio sobre las relaciones intrafamiliares, Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (2009: 265-270) encontraron que la relación entre los hijos y la madre es más intensa que la que se tiene con el padre; las autoras atribuyen esta mayor intensidad y cercanía al hecho de que las mujeres realizan una mayor cantidad de trabajo emocional y construyen vínculos afectivos más fuertes que los hombres.

CUADRO 8
AYUDAS RECIBIDAS DE HIJOS E HIJAS (%)

| <i>Ayuda</i> | <i>Hijo</i> | | <i>Hija</i> | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | <i>Padre</i> | <i>Madre</i> | <i>Padre</i> | <i>Madre</i> |
| Dinero | 44 | 56 | 40 | 60 |
| Apoyo moral | 49 | 51 | 28 | 72 |
| Trabajo | 57 | 43 | 32 | 68 |
| Bienes | 0 | 100 | 29 | 71 |
| Otros | 0 | 0 | 58 | 42 |
| Total | 45 | 55 | 37 | 63 |

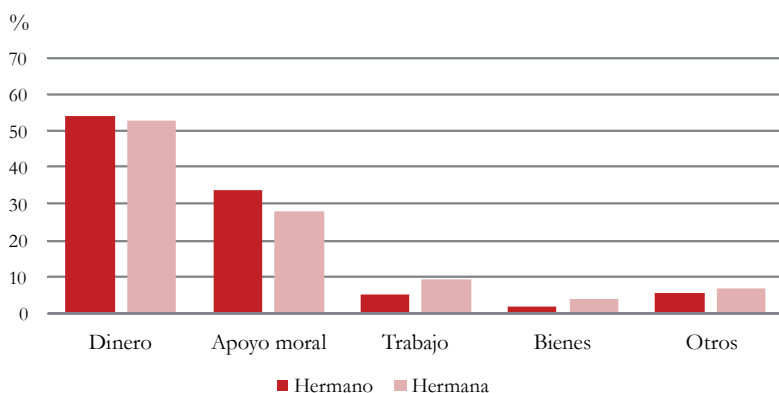
Fuente: Endifam 2005.

APOYOS RECIBIDOS DE HERMANOS Y HERMANAS

La principal contribución de los hermanos y hermanas ante situaciones de crisis es el dinero que, a pesar de ser un bien impersonal, supone una gran confianza entre quien da y quien recibe. Ocupa un lugar destacado la ayuda económica para sufragar los

gastos de velorios (o bien llevando café, azúcar y chocolate), funerales y misas, y también para el pago de medicamentos. En segundo lugar tenemos el apoyo moral, también muy frecuente; se trata de parientes que pertenecen a la misma generación y comparten experiencias de vida temporalmente similares (gráfica 2). Hermanos y hermanas son pródigos en consejos, visitas y palabras de aliento.

GRÁFICA 2
AYUDAS RECIBIDAS DE HERMANOS Y HERMANAS



Fuente: Endifam 2005.

Entre hermanos varones circula el dinero y el apoyo moral; en menor medida, ellos intercambian trabajo (cuadro 9).

Cuando se trata de una entrevistada (*ego* mujer), ella recibe de sus hermanos sobre todo ayudas consistentes en trabajo; también apoyo moral y dinero. Las hermanas proporcionan a sus hermanos bienes y dinero, mientras que entre hermanas se destacan el apoyo moral y el trabajo. Dos hechos que caracterizan las relaciones entre hermanos son el muy frecuente apoyo en trabajo que dan los hermanos a las hermanas y la mayor cercanía afectiva entre hermanas que se traduce en apoyo moral.

CUADRO 9
AYUDAS RECIBIDAS DE HERMANOS
Y HERMANAS (%)

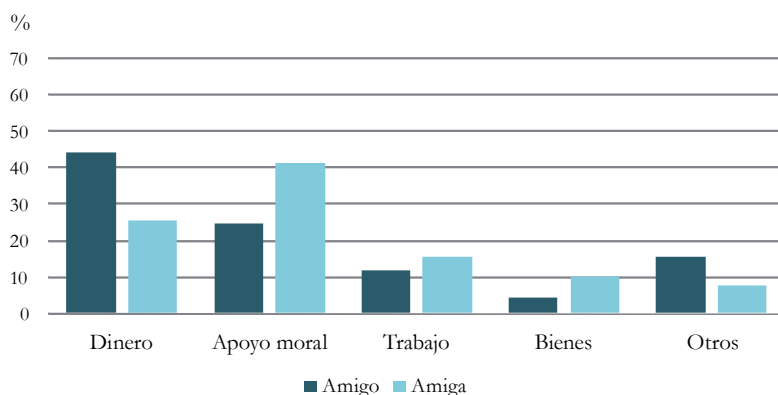
| <i>Ayuda</i> | <i>Hermano</i> | | <i>Hermana</i> | |
|--------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | <i>Ego hombre</i> | <i>Ego mujer</i> | <i>Ego hombre</i> | <i>Ego mujer</i> |
| Dinero | 60 | 40 | 53 | 47 |
| Apoyo moral | 57 | 43 | 32 | 68 |
| Trabajo | 23 | 77 | 36 | 64 |
| Bienes | 0 | 0 | 67 | 33 |
| Otros | 0 | 0 | 27 | 73 |
| Total | 48 | 52 | 45 | 55 |

Fuente: Endifam 2005.

APOYOS RECIBIDOS DE AMIGOS Y AMIGAS

Estudios recientes sobre varias sociedades europeas han mostrado que los amigos desempeñan un papel similar al de los parientes (Phillipson *et al.*, 2011). Al igual que los hermanos, los amigos y amigas ofrecen sobre todo dos tipos de bienes: dinero y apoyo moral. Sin embargo, el dinero es brindado con menor frecuencia que en el caso de los hermanos y hermanas. En vez de dinero, los amigos y sobre todo las amigas ofrecen apoyo moral, es decir, consuelo, consejos, compañía, bienes todos que son importantes para el bienestar emocional de las personas y para su sentido de integración social. Se menciona “apoyo para sobrellevar la pena”, “estar al pendiente”, “compañía en el velorio”. En cuanto a los apoyos en trabajo, hay frecuentes menciones de la cooperación agilizando el papeleo y los trámites asociados a accidentes, enfermedades y muerte.

GRÁFICA 3
AYUDAS RECIBIDAS DE AMIGOS Y AMIGAS



Fuente: Endifam 2005.

La segregación por sexos es evidente (cuadro 10). En las relaciones de amistad se expresan, aún con más fuerza que en el caso de los hermanos, las restricciones sociales impuestas por el sistema de género.

Los amigos hombres se ayudan entre sí con mucha mayor frecuencia que entre amigo y amiga. En especial, el apoyo moral, probablemente basado en la percepción de las semejanzas en las experiencias vividas, fluye predominantemente entre los amigos varones.

CUADRO 10
AYUDAS RECIBIDAS DE AMIGOS Y AMIGAS (%)

| Ayuda | Amigo | | Amiga | |
|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Ego hombre | Ego mujer | Ego hombre | Ego mujer |
| Dinero | 72 | 28 | 0 | 100 |
| Apoyo moral | 89 | 11 | 39 | 61 |
| Trabajo | 80 | 20 | 22 | 78 |
| Bienes | 0 | 0 | 42 | 58 |
| Otros | 0 | 0 | 27 | 73 |
| Total | 76 | 24 | 21 | 79 |

Fuente: Endifam 2005.

En los intercambios entre amigas, la segregación por género es mucho más acentuada, como lo muestran las cifras: por ejemplo, cuando *ego* es mujer, el 100% de las ayudas en dinero procede de amigas; recibir dinero de un amigo varón pareciera implicar riesgos de mala interpretación, sospechas y otras formas de condena social. El apoyo moral entre amigas también es mucho más frecuente que con los amigos.

Abundan ejemplos de ayudas de amigos consistentes en llevar al velorio de un familiar café, flores, veladoras, azúcar y apoyar con los gastos de la música. Los amigos mencionaron con frecuencia: “apoyo espiritual”, “apoyo para que no se sintiera solo”, “me escuchaba cuando tenía un problema”, “me ayudó a darme fuerza”. La donación de sangre resultó también un elemento importante en las ayudas de los amigos.

APOYOS RECIBIDOS DE VECINOS Y VECINAS

Los tipos de apoyos recibidos de los vecinos son distintos de los demás: el dinero y el apoyo moral dejan de ser las formas de ayuda por excelencia, y los bienes y el trabajo adquieren relevancia.

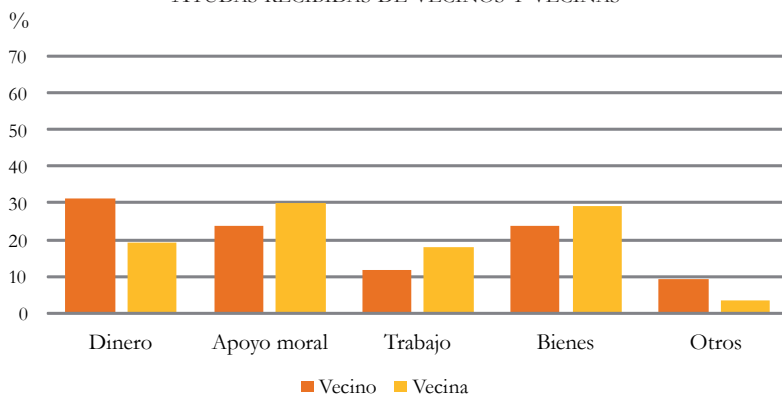
Gracias a la cercanía geográfica, entre vecinos circulan bienes de diversos tipos indispensables en situaciones críticas (gráfica 4); los entrevistados mencionaron haber recibido de sus vecinos veladoras, flores y mezcal para los velorios, y despensas, alimentos.

Los apoyos en trabajo incluyen la limpieza de la casa, cuidados en situaciones de enfermedad, la compra del mandado, recoger la cosecha, cuidado de hijos, ocuparse de la tienda, etcétera.

Hay una clara segregación por género (cuadro 11) en las ayudas prestadas por los vecinos. El trabajo es el apoyo que más reciben los adultos mayores varones de sus vecinos hombres; esto es fácil de explicar porque los vecinos son frecuentemente personas más jóvenes y capaces de prestar ayudas que implican esfuerzos físicos. Las vecinas proporcionan a las mujeres de 60 y

más años diversos apoyos en forma de dinero, apoyo moral y trabajo.

GRÁFICA 4
AYUDAS RECIBIDAS DE VECINOS Y VECINAS



Fuente: Endifam 2005.

CUADRO 11
AYUDAS RECIBIDAS DE VECINOS Y VECINAS (%)

| Ayuda | Vecino | | Vecina | |
|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Ego hombre | Ego mujer | Ego hombre | Ego mujer |
| Dinero | 51 | 49 | 17 | 83 |
| Apoyo moral | 60 | 40 | 22 | 78 |
| Trabajo | 81 | 19 | 26 | 74 |
| Bienes | 66 | 34 | 39 | 61 |
| Otros | 0 | 0 | 63 | 38 |
| Total | 64 | 36 | 30 | 70 |

Fuente: Endifam 2005.

CONCLUSIONES

En un intento por ir más allá de las fronteras del grupo residencial, analizamos los apoyos recibidos por los adultos mayores y

brindados por familiares y personas cercanas que no viven con ellos. Estos apoyos pueden ser de gran importancia, en especial porque nos centramos en las ayudas recibidas por las personas mayores de 60 años cuando vivieron situaciones críticas, como la muerte de un familiar cercano, una enfermedad grave, etc. Partimos del supuesto de que los adultos mayores constituyen uno de los grupos que más apoyos requieren, particularmente cuando no corresiden con parientes más jóvenes. Constatamos que el porcentaje de adultos mayores que recibe ayuda en las diferentes situaciones críticas analizadas es alto (alrededor del 66%). Estos resultados coinciden con el planteamiento de Maguire (1981), quien sostiene que las ayudas constituyen redes que operan como fuerzas “preventivas” en situaciones críticas.

La solidaridad es un concepto que enmarca muy adecuadamente las ayudas que analizamos. Tal como Bengtson y Roberts (1991) definen la solidaridad, ésta tiene una dimensión estructural que se refleja, en nuestro estudio, en los arreglos residenciales en los que viven los adultos mayores. Esta dimensión estructural, aplicada a las ayudas recibidas provenientes de parientes y allegados no corresidentes con los adultos mayores, nos muestra que ciertos arreglos residenciales contribuyen al bienestar de los adultos mayores. Es especialmente positivo el hecho de vivir en pareja. De acuerdo con nuestros datos, cuando los arreglos residenciales no incluyen a un adulto que pueda proporcionar los apoyos requeridos, en una alta proporción de casos los apoyos son brindados por personas emparentadas o cercanas que no corresiden con el adulto mayor.

Como era de esperar, los arreglos unipersonales son los que más ayudas reciben en situaciones críticas, y probablemente son también los que más los necesitan; además, en estos arreglos viven las personas de edades más avanzadas.

Para el análisis de las dimensiones funcional y afectiva, exploramos el tipo de ayudas brindadas: el dinero y el apoyo moral son las más frecuentes, excepto en el caso de los vecinos. Por la

cercanía geográfica, los vecinos apoyan con bienes y trabajo que son indispensables en situaciones críticas.

Los hijos constituyen la principal fuente de apoyo proveniente de personas no corresidentes. Aun en los casos en que no conviven con sus padres, los hijos asumen obligaciones filiales. También los hermanos y otros parientes brindan apoyos. La fuerza de los vínculos basados en la consanguinidad es notable, aunque debe destacarse el hecho de que los amigos desempeñan un papel nada desdeñable, es decir, que los vínculos selectivos también tienen fuerza.

El tipo de ayuda que brindan las diferentes figuras está permeado por una clara especialización genérica. El apoyo en dinero, principal expresión de la solidaridad vista desde la dimensión funcional, es un recurso que brindan con mayor frecuencia los hombres, mientras que el apoyo moral, la compañía y el consuelo, elementos de la dimensión afectiva de la solidaridad, son brindados principalmente por las mujeres.

A diferencia de lo que sucede entre la población adulta total, en el caso de los adultos mayores no hay un efecto de “selectividad” que favorezca a aquellos que cuentan con más recursos económicos y excluya a los más pobres de las ayudas. El sentido del deber filial y la solidaridad entre parientes, amigos y vecinos permean las diferencias socioeconómicas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGRESTI, A. y B. FINLAY (1999). *Statistical Methods for the Social Sciences* 3a. ed. New Jersey: Prentice Hall.
- ALBA, F. (1993). “Crecimiento demográfico y transformación económica, 1930-1970”. En *El poblamiento de México. Una visión histórico-demográfica*, tomo IV, *México en el siglo XX*, 74-95. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.

- ANKER, R. (1998). *Gender and Jobs: Sex Segregation of Occupations in the World*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo.
- APARICIO, R. (2009). “Generación de un índice socioeconómico de los hogares”. En *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, coordinado por Cecilia Rabell Romero, 444-456. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM/El Colegio de México.
- ARIZA, M., y O. DE OLIVEIRA (2009). “Desigualdades sociales y relaciones intrafamiliares en el México del siglo XXI”. En *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, coordinado por Cecilia Rabell Romero, 257-291. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM/El Colegio de México.
- BENGTSON, V.L., y R.E.L. ROBERTS (1991). “Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction”. *Journal of Marriage and the Family* 53: 856-870.
- BONVALET, C., y J. OGG (2011). “El lugar de la ayuda mutua en las investigaciones sobre familia”. En *Panorama europeo de la ayuda intrafamiliar: nueve encuestas*, compilado por C. Bonvalet, J. Ogg y J.A. Fernández Calderón, 27-54. París: Institut National d’Études Démographiques (INED).
- BONVALET, C., J. OGG y J.A. FERNÁNDEZ CALDERÓN (2011). *Panorama europeo de la ayuda intrafamiliar: nueve encuestas*. París: Institut National d’Études Démographiques (INED).
- BURR, J., y J.E. MUTCHLER (1992). “The Living Arrangements of Unmarried Elderly Hispanic Females”. *Demography* 29 (1): 93-112. Baltimore, Maryland: Asociación de Población de América (PAA).
- CONAPO (s/f). “Indicadores demográficos básicos 1990-2030”. México: Consejo Nacional de Población. Consultado el 3 de mayo de 2012 en <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193>.

- GUZMÁN, J.M., S. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2002). “Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual”. Documento de resultados de la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, celebrada en la sede de la CEPAL en Santiago de Chile. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf>.
- MAGUIRE, L. (1981). “The Interface of Social Workers with Personal Networks”. *Social Work with Groups* 3 (3): 39-49. Nueva York: The Haworth Press.
- MOGEY, J. (1976). “Residence, Family, Kinship: some Recent Research”. *Journal of Family History* 1: 95-105. Sage Publications.
- MURAD SAAD, P. (2003). “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y El Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”. *Notas de Población* 77: 175-217. CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/14200/P14200.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl>>.
- MURILLO, S. (2009). “Las transiciones al retiro del mercado de trabajo en México. Un análisis microeconómico”. Tesis doctoral presentada en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Economía, UNAM.
- NACIONES UNIDAS (2005). *Living Arrangements of Older Persons around the World* New York: Organización de Naciones Unidas-Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- PELÁEZ, E., y J. FÉLIZ-FERRERAS (2010). “Transición demográfica y arreglos residenciales de los adultos mayores en República Dominicana y Argentina”. *Papeles de Población* 16 (63): 85-115. México.
- PHILLIPSON, C., M. BERNARD, J. PHILLIPS y J. OGG (2011). “Encuesta ‘La familia y el entorno de las personas mayores: redes sociales y apoyo social en tres zonas urbanas’, Inglaterra,

- 1994-1995”. En *Panorama europeo de la ayuda intrafamiliar: nueve encuestas*, compilado por C. Bonvalet, J. Ogg y J.A. Fernández Calderón, 151-166. París: Institut National d’Études Démographiques (INED).
- RABELL ROMERO, C. (2009). “Introducción”. En *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, coordinado por Cecilia Rabell Romero, 9-38. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM/El Colegio de México.
- RABELL, C., y S. MURILLO (2010). “El trabajo del parentesco: intercambios entre padres, hijos, hermanos y amigos”. En *Parentescos en un mundo desigual: adopciones, lazos y abandonos en México y Colombia* coordinado por Françoise Lestage y María Eugenia Olavarría. México: Miguel Ángel Porrúa/Universidad Autónoma Metropolitana (Colección Las Ciencias Sociales).
- RABELL, C., y M.E. D’AUBETERRE (2009). “¿Aislados o solidarios? Ayudas y redes familiares en el México contemporáneo”. En *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, coordinado por Cecilia Rabell Romero, 41-95. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM/El Colegio de México.
- SARACENO, C. (2008). “Introduction: Intergenerational Relations in Families-A Micro-Macro Perspective”. En *Families, Ageing and Social Policy. Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, compilado por Chiara Saraceno, 1-19. Bodmin, UK: Edward Elgar Publishing Limited.

LAS FAMILIAS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN GUANAJUATO, MÉXICO

*Luis Fernando Macías
Margarita Díaz Ábrego*

INTRODUCCIÓN

Guanajuato es una entidad federativa del centro-norte de México con una extensión de 30 500 km² y una población de cerca de cinco millones y medio de habitantes. Es, según el censo de población de 2010, el estado mexicano que más migrantes exporta a Estados Unidos y, en consecuencia, uno de los estados cuya demografía se ve también más afectada por este fenómeno migratorio.

La exposición a las prácticas globales de comercio y producción contrastan fuertemente con estilos de vida que no han terminado por secularizar las prácticas reproductivas, las configuraciones morales y las diferencias de género, y persiste la vulnerabilidad de las subjetividades adolescentes, las infantiles y las de los denominados adultos mayores, quienes, muchas veces invisibles, sufren más a causa de su desamparo y aparecen como sujetos opacos a los derechos humanos (civiles, sexuales y reproductivos, de salud y económicos, etc.), incompletos como actores sociales y ausentes en las políticas públicas y en la participación ciudadana.

No es, pues, casual que en este estado de la República Mexicana no hayan sido aprobadas las iniciativas de leyes contra la violencia ejercida en contra de las mujeres, que haya habido una penalización para las mujeres que abortan, incluyendo a quienes

han sido embarazadas como consecuencia de una violación, y que no haya habido una tipificación penal del hostigamiento sexual; esos hechos indican grandes huecos de la legislación local que se suman a otro tipo de síntomas, como el número de suicidios de mujeres (en las comunidades de alta expulsión de población a causa de la emigración, la proporción de mujeres que se suicida es de dos mujeres por cada tres hombres, cuando en el país la relación es de una por cada cuatro hombres) (Chávez y Macías, 2006).

En este estado del centro de México, particularmente conservador y tradicionalista, católico y violentamente expuesto a factores de una modernización atravesada por la realidad de la migración, tanto en la dimensión familiar del proceso de envejecimiento como en las profundas transformaciones que se presentan en la estructura de roles, se va sintiendo la emergencia de fenómenos psicosociales que las políticas públicas han soslayado; no es difícil escuchar historias inenarrables de violencia sexual contra los menores (se ha establecido que en Guanajuato hay aproximadamente un 15% de embarazo adolescente) (Welti, 2001).

Si se considera que en 2005 aproximadamente el 13% de los hogares de Guanajuato estaba a cargo de un mayor de 60 años y un poco más del 7% bajo la responsabilidad de un adolescente, tendríamos que casi el 21% de los hogares estaba dirigido por adultos mayores o por personas muy jóvenes. Podría preguntarse también por los esquemas de transmisión de valores y de ocultamiento de prácticas autoritarias vinculadas a concepciones tradicionalistas que se reflejan en otras actitudes políticas frente al desarrollo y el cambio social en esta entidad mexicana.¹

En esta entidad, los enfoques estadísticos sobre la conformación de los hogares de las personas adultas mayores han sido

¹ Quizá no sea inútil mencionar que, en el año 2010, en Guanajuato, fueron presas y sentenciadas de manera ilegal tres mujeres pobres acusadas de aborto, y que gracias a la acción de grupos de la sociedad civil y a la presión internacional, algunos de sus procesos se revirtieron favorablemente para ellas.

con frecuencia el material utilizado para hablar de las necesidades de este grupo social en términos cuantitativos, sin reflexionar sobre los procesos que se encuentran en su origen.

Los análisis elaborados con esta óptica se convierten en argumentos parciales porque la imagen que ofrecen es de un hogar y de miembros de una familia que no corresponde a las diferentes etapas del ciclo familiar.

Una de las premisas de este artículo es llamar la atención sobre la necesidad de adoptar otros enfoques complementarios: un enfoque que reclama la necesidad de incorporar una visión en perspectiva de la vejez, un enfoque que permita captar la riqueza sociológica de un periodo particular que generalmente se ha estudiado en términos unitarios. La dificultad del reto, por lo tanto, es considerable porque, aun cuando no existen políticas públicas adaptadas a estos requerimientos, se espera lograr una aportación que fortalezca el debate público en un estado caracterizado por su condición fuertemente conservadora. En consecuencia, el interés de nuestra investigación está definido tanto por la medición cuantitativa, que ofrece datos interesantes a través del análisis de la estructura de los hogares, como por los enfoques cualitativos que permiten acercarnos a nuevas interpretaciones a propósito de las transformaciones en los roles de género que ya son una constante en la vida familiar guanajuatense.

En el marco de la demografía actual, determinada por el proceso de envejecimiento de las sociedades del siglo XXI, conocer los modelos familiares de las personas adultas mayores y sus dinámicas internas se antoja elemental, particularmente para disponer de cierta información que prevea la puesta en marcha de políticas públicas con visión de largo aliento. Los planteamientos que se exponen a lo largo de esta argumentación son útiles para, insistimos, el diseño de políticas sociales orientadas a la comprensión de los nuevos modelos de familias que invitan a reflexionar sobre la necesidad de proyectar intervenciones institucionales flexibles en consonancia con una realidad altamente cambiante,

compleja y en constante movimiento por su diversidad cultural. Adentrarnos en el conocimiento de la dinámica familiar de los hogares de las personas adultas mayores permitirá afinar nuestra percepción en torno a la configuración de nuevos roles familiares y problemas sociales de alcance público, a pesar de su adscripción a escenarios del silencio, como el suicidio (Chávez y Macías, 2007), el incesto y la violencia intrafamiliar, por citar sólo algunos que desde la experiencia clínica se han venido documentando. Por otro lado, el estudio de las principales estrategias familiares analizadas desde la perspectiva de sus propios actores permitirá construir instrumentos para valorar su adecuación e identificar las esferas donde es indispensable avanzar.

FAMILIAS CONSERVADORAS *VERSUS* FAMILIAS LIBERALES

En los últimos 25 años, los cambios en la vida de las familias mexicanas han sido evidentes: los cambios legislativos que sugieren modelos posibles de familias; la transformación de las relaciones entre hombres y mujeres, y entre padres e hijos; la incorporación de la mujer a la vida pública; la creciente formación de familias en un espacio progresivamente multicultural y diferenciador, y el inevitable envejecimiento de la población, hacen necesaria una reflexión interdisciplinar, actualizada e interesada en la comprensión de estos aspectos que modificarán las relaciones y dinámicas familiares.

¿Cómo definiremos a las familias hoy en día? ¿Cuáles son los grandes retos que presenta este mosaico social tan heterogéneo? ¿Cuál es el futuro de las familias en un siglo caracterizado por la incertidumbre y la aparición de nuevos problemas sociales de envergadura global?²

² La tesis de R. Esteinou (2006) sobre los nuevos rasgos de las familias apunta hacia la pluralidad, la diversidad, la diferenciación y la heterogeneidad de este núcleo primario de organización social.

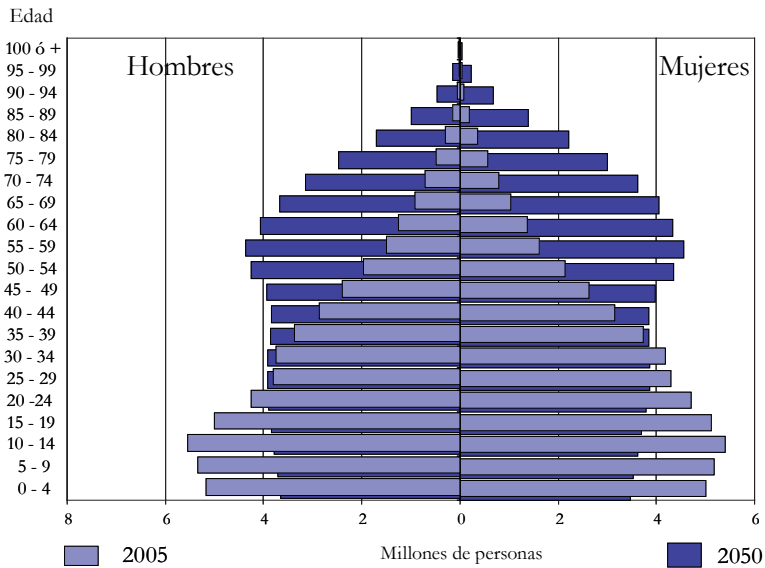
La institución básica de toda sociedad es la familia. En la sociología³ se le define como el conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, ya sea por una relación de consanguinidad, alianza o filiación. Como capital social, la familia es un recurso estratégico de gran valor, por ser la única institución que sirve de apoyo y protección a sus miembros, así como de intermediaria en su relación con un contexto socioeconómico más extenso. Prácticamente, entre las funciones que han sobrevivido a todos los cambios se encuentran el ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, especialmente para los hijos, la procreación, y el ser un espacio donde se resuelven las necesidades más elementales de protección, compañía, alimento, cuidado de la salud, socialización y construcción de la identidad personal. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen trabajar en ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación, por lo general, la proporcionan el Estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización primaria de los hijos, aunque en este proceso de transmisión de pautas de comportamiento, los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel relevante. Los nuevos enfoques relacionados con políticas sociales transversales e integrales y los programas de superación de la pobreza se centran en las familias. Debido a esta nueva perspectiva, es imprescindible conocer la evolución de las nuevas estructuras y la diversidad de situaciones en el ámbito familiar que hacen necesarios puntos de vista diferenciados en lo relativo a las políticas públicas. En este sentido, la familia se considera como una unidad privilegiada de análisis en la evaluación del impacto de los cambios demográficos sobre la dinámica social.

³ En términos sociológicos, la familia se establece en torno a determinados “hechos sociales” como el matrimonio o el parentesco, y a través de ellos se construye un complejo entramado de relaciones. La familia, entonces, representa una institución social en cuanto que dispone de normas y vínculos culturales orientados hacia determinadas funciones sociales.

LA ESTRUCTURA DE LOS HOGARES GUANAJUATENSES

El envejecimiento y, en consecuencia, el cambio en las dinámicas familiares cobrarán mayor importancia en los próximos años, considerando que este grupo poblacional se ha incrementado en todo el mundo tanto en números absolutos como relativos, donde llegarán a sumar 2 000 millones en el año 2050. Este aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo como México, en el que se prevé que la población adulta mayor se cuadruplicue en los próximos 50 años, como se puede apreciar en la pirámide.

GRÁFICA 1
CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO
2005-2050

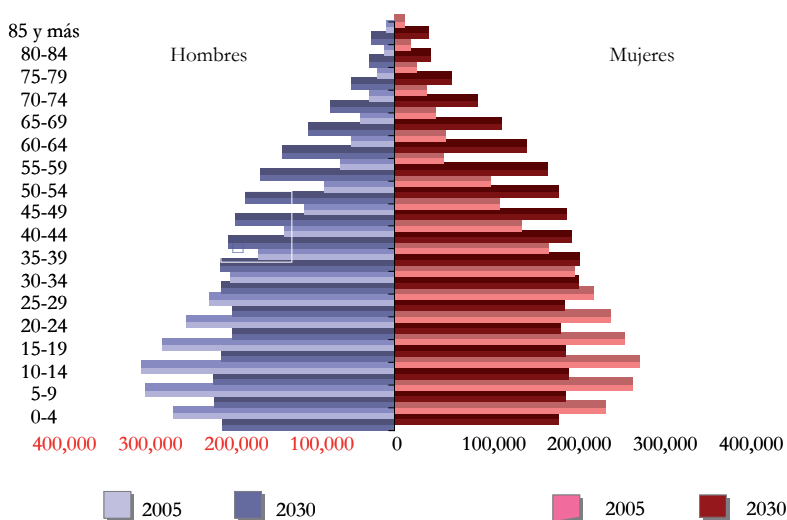


Fuente: Conapo. *Proyecciones*, México, 2007.

Del mismo modo, el aumento de las personas adultas mayores se ve reflejado en el estado. En 2005, en Guanajuato habitaban

4.8 millones de personas; de ellas, 391 000 formaban parte del grupo con 60 años y más, lo que representaba el 8% de la población total, y 182 000 eran hombres y 209 000 mujeres. De acuerdo con proyecciones de Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2030 este grupo de la entidad se incrementará a 904 000 personas y representará el 17.2% de la población total.

GRÁFICA 2
CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN DE GUANAJUATO
2005-2030



Fuente: Conapo. *Proyecciones*, México, 2007.

Este proceso sociodemográfico, sin precedente en la historia de la humanidad, ha puesto a las autoridades locales y a los actores involucrados en la materia a diseñar nuevas estrategias de acción que prevengan los cambios económicos, sanitarios y sociales que impactarán en las estructuras de desarrollo de la entidad.

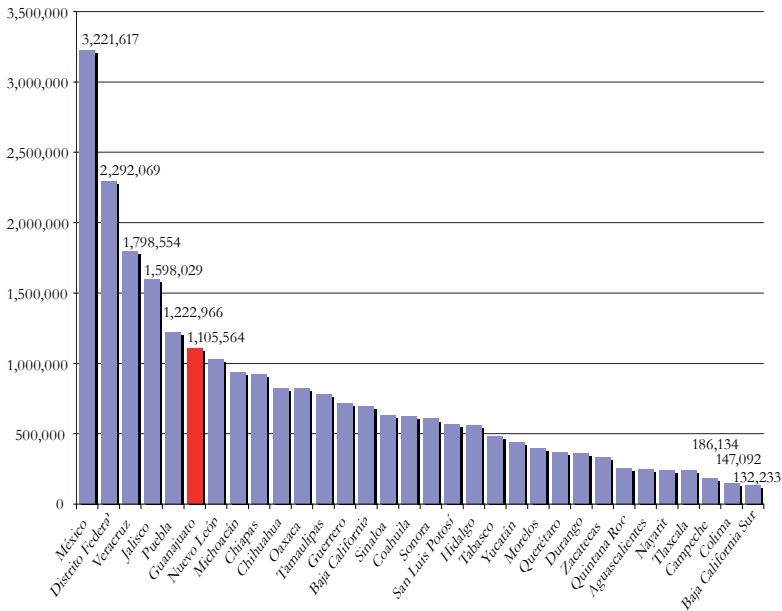
En las relaciones familiares se proyectan de manera especial todos los cambios que van experimentando las personas al tiem-

po que envejecen, y el hogar se constituye como el marco espacial o ámbito doméstico donde tienen lugar las actividades cotidianas de los miembros de una familia. Este espacio configura las problemáticas, las expectativas y las relaciones intergeneracionales. Alrededor de cada hogar se delinean diferentes modelos de familias, estilos de vida, procesos relacionales y formas de envejecer a partir de los roles de género prestablecidos históricamente. Son numerosos los trabajos que han centrado su objeto de estudio en el hogar basándose en aproximaciones relacionadas con diversas problemáticas sociales donde el hogar actuaba como motor de procesos de exclusión y marginación, elemento de denuncia social ante situaciones precarias o injustas, o como indicador de estilos de vida diferenciados (Cortés Alcalá, 1994).

El hogar⁴ es el referente espacial para el estudio de las familias y de las relaciones de poder entre sus miembros, por ser el espacio donde se desenvuelve cotidianamente la vida familiar. En 2005 se registraron un total de 1 105 millones de hogares en Guanajuato, lo que representa un incremento promedio anual de poco más de 23 000 hogares durante el último quinquenio. La entidad se sitúa en el sexto lugar entre las entidades federativas con mayor número de hogares, mientras que el primer lugar lo ocupa el Estado de México (3.2 millones), y lo siguen el Distrito Federal (2.3 millones), Veracruz (1.8 millones), Jalisco (1.6 millones) y Puebla (1.2 millones) (véase la gráfica 3).

⁴ El hogar puede ser entendido como un conjunto de individuos que, por el hecho de compartir una misma vivienda, terminan configurando una unidad económica o social. Se establece que para constituir un hogar es necesario que las personas que lo integran compartan presupuestos para hacer frente a los gastos ocasionados durante el periodo de ocupación de la vivienda (hogar como unidad económica). Asimismo, hay quienes opinan que el hecho distintivo es la participación en actividades comunes como la alimentación y la cobertura de las necesidades básicas.

GRÁFICA 3
NÚMERO DE HOGARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005



Fuente: Elaborado por la UIPE con datos del II Censo de población y vivienda, 2005 (INEGI, 2005).

La creciente heterogeneidad que en las últimas décadas han mostrado los hogares guanajuatenses se relaciona con la etapa de *transición demográfica*⁵ y el nivel de desarrollo en que se encuentra el estado. De manera que en la actualidad es posible distinguir cinco grandes tendencias en la organización familiar: a) la reducción de su tamaño, b) la convivencia de diversos tipos de arreglos familiares, c) el aumento de la proporción de familias encabezadas

⁵ Teoría utilizada en demografía para comprender al mismo tiempo dos fenómenos: el crecimiento de la población mundial en los últimos 200 años y la descripción del periodo de transformación de una sociedad preindustrial (caracterizada por tener tasas de mortalidad y natalidad altas) a una sociedad moderna o postindustrial (caracterizada por tener ambas tasas en sus registros mínimos).

por mujeres, *d*) el envejecimiento de los hogares y *e*) una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

Se estima que, conforme se avance en la *transición demográfica*, habrá familias nucleares de parejas mayores sin hijos, así como un mayor número de hogares unipersonales, es decir, formados por una sola persona. Asimismo, tomando en cuenta la posibilidad de un menor nivel de desarrollo económico, existirá una mayor proporción de familias nucleares monoparentales,⁶ y de familias ampliadas y compuestas,⁷ ligadas a procesos de abandono y empobrecimiento.

Hoy en día, en Guanajuato es notorio que a pesar de la intensidad del proceso migratorio que desde hace más de 100 años existe, sigue predominando la familia nuclear integrada por padres e hijos (77.4% del total); esta cifra sitúa a la entidad por encima del promedio nacional (74.3%) (véase el cuadro 1) (INEGI, 2005).

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE LOS HOGARES A NIVEL NACIONAL
Y EN GUANAJUATO, 2005

| <i>Tipos de hogar</i> | <i>Nacional</i> | <i>Guanajuato</i> |
|------------------------|-----------------|-------------------|
| Familiares | 91.9 % | 92.9% |
| Nucleares | 74.3% | 77.4% |
| Ampliados y compuestos | 25.0% | 22.1% |
| No especificados | 0.8% | 0.6% |
| No familiares | 8.0% | 6.0% |
| No especificados | 0.2% | 0.1% |

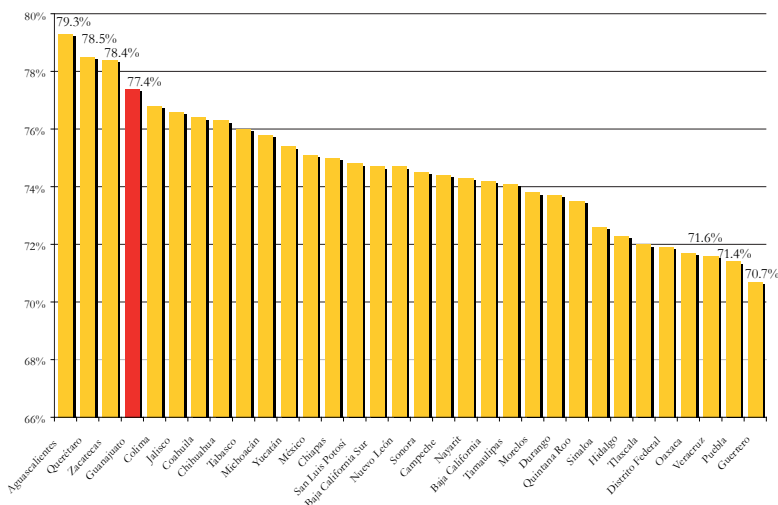
Fuente: Elaborado por la UIPE con datos del II Censo de población y vivienda, 2005 (INEGI, 2005).

⁶ El término familia nuclear se utiliza para definir el grupo de parientes conformado por los progenitores, usualmente padre y madre, e hijos (si los hay). Sin embargo, el término monoparental implica que la familia está integrada por sólo un padre o una madre con su descendencia.

⁷ Este tipo de familia incluye, además de la familia nuclear, a los abuelos, tíos, primos y demás parientes de primera línea consanguínea.

Respecto a las entidades federativas, Guanajuato ocupa el cuarto lugar dentro de los estados con mayor número de familias integradas por padres e hijos (nucleares), el primer lugar lo tiene Aguascalientes (79.3%), le siguen Querétaro (78.5%), Zacatecas (78.4%) y después Guanajuato con 77.4%. Esto sugiere que el imaginario colectivo de los miembros del hogar continúa siendo principalmente el de la familia tradicional (padre, madre e hijos); véase la gráfica 4.

GRÁFICA 4
PORCENTAJE DE HOGARES NUCLEARES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005

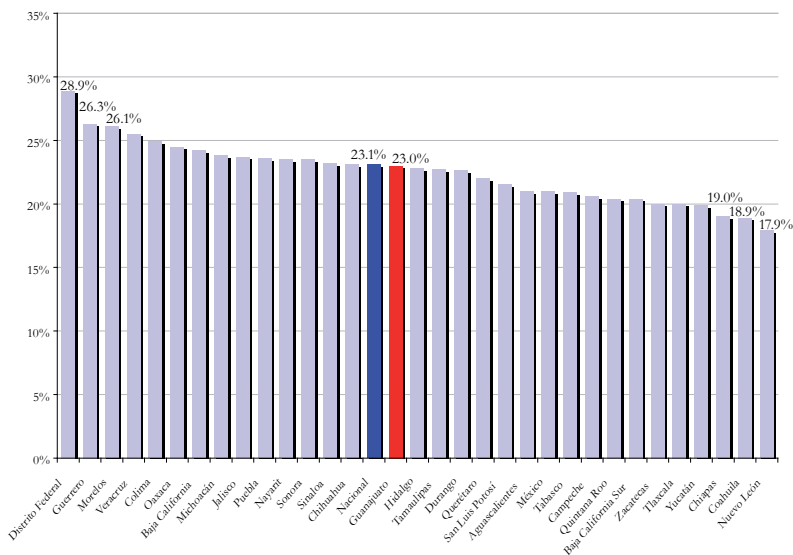


Fuente: Elaborado por la UIPE con datos del II Censo de población y vivienda (INEGI, 2005), 2005.

Por otro lado, se observa cada vez más que, aun en el interior del tipo de familia tradicional con padre proveedor, madre ama de casa e hijos, la composición y los roles que desempeñan han presentado algunos cambios. Actualmente observamos una creciente proporción de hogares monoparentales dirigidos principalmente por mujeres. En 2005, en el ámbito nacional, el 23.1% de los hogares tenía jefatura femenina; en el caso de Guanajuato,

este rubro se encuentra por debajo del promedio nacional con 23%. El primer lugar lo ocupa el Distrito Federal (28.9%), y le siguen Guerrero (26.3%) y Morelos (26.1%). Un rasgo importante de aquellos hogares consiste en que la jefa de familia es el único adulto en el hogar, que en muchos casos, además de proveedora económica, tiene que asumir el papel de cuidadora de ancianos, la responsabilidad de la crianza de hijos y otras tareas propias del ámbito doméstico.

GRÁFICA 5
 PORCENTAJE DE HOGARES CON JEFATURA FEMENINA
 POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005



Fuente: Elaborado por la UIPE con datos del II Censo de población y vivienda, 2005 (INEGI, 2005).

Como lo hemos señalado, en el caso de los hogares monoparentales con jefatura femenina, el continuo incremento de la participación laboral de las mujeres crea una fuerte tensión en la capacidad de las familias para generar condiciones de desarrollo para las nuevas generaciones. Las consecuencias para los

hijos por la ausencia o la debilidad de dichas condiciones hacen que se ponga en tela de juicio el supuesto de las familias estables y de la división tradicional por género entre el trabajo doméstico y el trabajo remunerado, y se proponga sustituirlo con un modelo de familia que permita hacer frente a estas nuevas condiciones sociales.

Por otro lado, existe un incremento de los hogares no familiares, que principalmente son hogares en los que vive una sola persona adulta. Para 2005, estos hogares ascendieron en México a casi 1.9 millones, y para el caso de Guanajuato fue de 63 711, con lo cual se ubicó en el lugar número diez entre las primeras entidades del país.

Esta situación da cuenta de un nuevo fenómeno relacionado con el ciclo de vida de los hogares: el aumento de las personas que viven solas y que en su mayoría son o bien adultos mayores (51.4%), o bien, jóvenes con recursos económicos que deciden postergar sus uniones.

El modelo de familia tradicional, a pesar de los nuevos arreglos familiares, sigue conservando su lugar predominante como ideal de vida familiar en el conjunto de la sociedad mexicana. Los roles del padre y la madre presentan cierta flexibilización de los modelos de autoridad intrafamiliar tradicionales en algunos sectores urbanos. Asimismo, los cambios culturales apuntan hacia una mayor autonomía de las mujeres y a una tímida redefinición del papel de los varones.

Las importantes transformaciones tanto de la familia como de las condiciones laborales hacen necesarios nuevos enfoques en las políticas que redistribuyan las tareas domésticas y de cuidado y atención de la población infantil y de los adultos mayores. Los conflictos principales entre trabajo y familia que enfrenta la población, especialmente la femenina, son tres, a saber: el tiempo, puesto que la demanda de un tipo de trabajo impide el cumplimiento del otro; la tensión que proviene de la obligación de cum-

plir bien ambos papeles; y las cualidades y habilidades diferentes que uno y otro requieren.

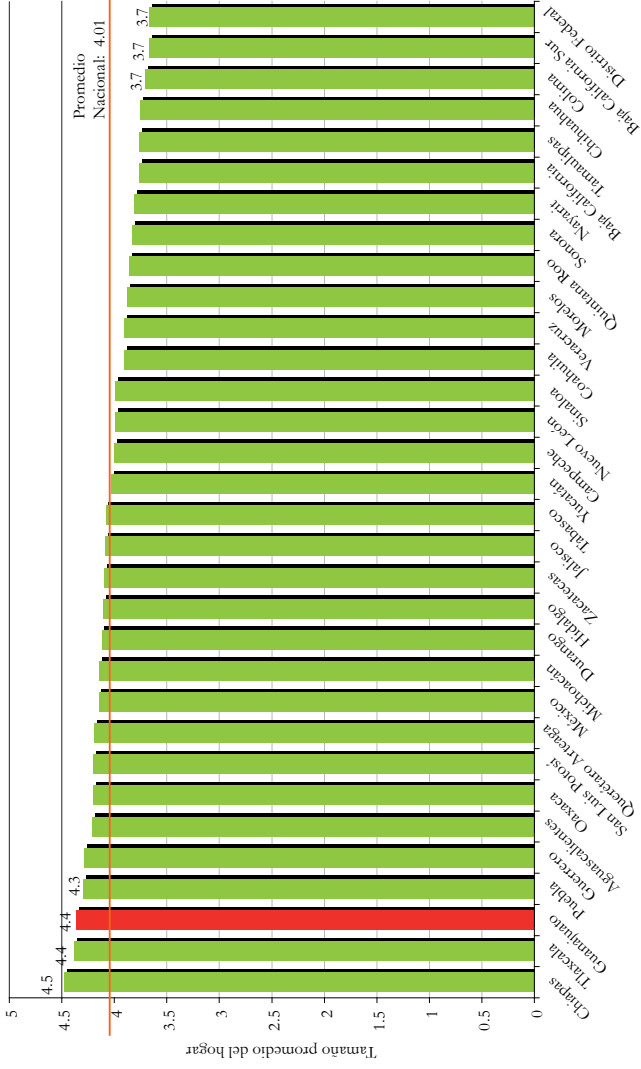
Para enfrentar estos problemas, son de especial importancia las medidas relacionadas con la organización del tiempo de trabajo, los servicios de asistencia en labores domésticas, el reordenamiento de los roles familiares y las medidas de asesoramiento y apoyo laboral.

La calidad de vida y el bienestar de las familias se relacionan con la estructura de los hogares, así como con la etapa del ciclo de vida familiar⁸ en la que se encuentren. Los hogares de menor tamaño tienden a presentar un mayor bienestar. No resulta sorprendente que hoy en día el tamaño promedio de los hogares en México sea de cuatro integrantes. En 2005, Guanajuato se sitúa entre los tres primeros lugares con el mayor tamaño promedio del hogar: el primero lo ocupa Chiapas (4.48), le sigue Tlaxcala (4.38) y después Guanajuato (4.36). Por el contrario, se encuentran entidades como el Distrito Federal (3.67), Baja California Sur (3.67) y Colima (3.71), que tienen el menor tamaño promedio del hogar (gráfica 6). Tampoco es sorprendente el hecho de que en un gran número de familias nucleares por lo menos dos personas sean proveedoras del hogar, con una participación cada vez más fuerte de la mujer como agente de desarrollo. Sin embargo, la incursión de las mujeres en el trabajo remunerado no ha estado acompañada de una participación equivalente de los varones en las tareas domésticas, por lo que se ha multiplicado la carga de trabajo que pesa sobre ellas y se estigmatiza socialmente la imagen de la mujer como principal responsable del bienestar familiar (gráfica 6).

⁸ Se refiere a las diversas fases por las que las familias pueden pasar. Se hacen, al respecto, distinciones entre la etapa de inicio de la familia, en la que empiezan a nacer los hijos; la de expansión, en la que aumenta el número de hijos; la de consolidación, en la que dejan de nacer los hijos; y la de salida, en la que los hijos pasan a constituir hogares distintos.

GRÁFICA 6

TAMAÑO PROMEDIO DEL HOGAR POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005



Fuente: Elaborado por la UPTI con datos del II Censo de población y vivienda, 2005 (INEGI, 2005).

Al revisar las estadísticas locales y globales a propósito de las migraciones internacionales, observamos que Guanajuato es un estado con alta tradición migratoria; anualmente miles de habitantes emigran hacia Estados Unidos en busca del sueño americano. Sin embargo, la migración no sólo se limita al individuo que se va, sino que abarca a todos aquellos que guardan lazos afectivos con el emigrante, en particular a los que integran su familia. Para 2003, el 36% de los hogares en la entidad tienen alguna relación con la migración, esto es, en 382 203 hogares por lo menos uno de sus integrantes ha vivido, trabajado o buscado trabajo en Estados Unidos y ha enviado remesas.

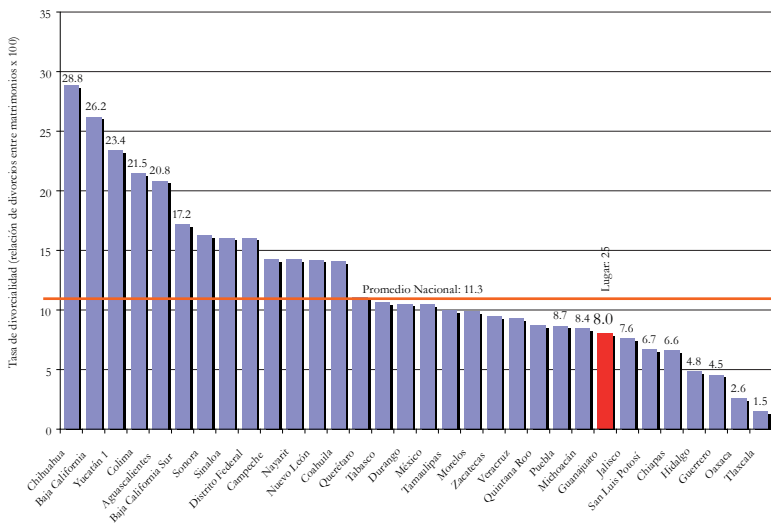
En la entidad, muchos niños y niñas emigran con los padres; sin embargo, muchos otros permanecen en sus lugares de origen en espera de las remesas y recursos que envían los ausentes. Las migraciones son acontecimientos que desencadenan procesos de cambios culturales al poner en tensión las creencias, los valores y las actitudes en roles de género; asimismo, son un proceso que induce a la redefinición del concepto de familia.

En este sentido, falta por estudiar a profundidad este fenómeno que impacta en las vidas de niños, niñas y adolescentes de las familias que tienen algún miembro migrante. En nuestra opinión, estamos convencidos de que, en este momento, las instituciones públicas en general operan como si la familia completa estuviera presente. Sobre el tema citamos los primeros resultados de un estudio cualitativo realizado por la Universidad de Guanajuato, el Gobierno del Estado y la Fundación de Apoyo Infantil, A.C., en varias comunidades de la Sierra Gorda y el Alto Laja. Los resultados son bastante reveladores, ya que muestran el poco interés de los niños, las niñas y los adolescentes en vivir fuera de sus comunidades, lo que sugiere que todavía a temprana edad se tiene un fuerte arraigo por la comunidad. Los niños entrevistados presentan un rezago significativo en cuanto a su educación. Por otro lado, se percibe en ellos un alto índice de agresividad y pocos deseos de progresar y triunfar en la vida; sin embargo, expresan un gran deseo de tener un espacio propio donde vivir y la mayo-

ría coincide en la importancia de las remesas para poder adquirir alimentos y ropa.

Como puede observarse, las múltiples exigencias de adaptación que se imponen hoy en día han incidido fuertemente en la estabilidad y la estructura de las familias. Actualmente existe cierto retraso de la edad al casarse, una disminución de los matrimonios, un incremento de las uniones consensuales y aumento de la fecundidad adolescente. Asimismo, el incremento de la esperanza de vida y la prolongación del tiempo que se vive en pareja han elevado la probabilidad de ocurrencia de separaciones, divorcios y segundas uniones conyugales. Por ejemplo, para 2005 se registraron en el país alrededor de 67 000 divorcios; Guanajuato se situó en ese año en el lugar número 25 entre las entidades federativas por su reducido número de divorcios por cada 100 matrimonios, presentando un esquema tradicional de modelo de familia donde sus miembros reproducen el esquema de familia nuclear (véase la gráfica 7).

GRÁFICA 7
TASA DE DIVORCIALIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005



Nota: Tasa de divorcios es el número de divorcios por cada 100 matrimonios.

Fuente: Elaborado por la UPIE con datos del INEGI. Dirección General de Estadísticas Vitales.

Este resultado se percibe, aparentemente, como un factor favorecedor de una mejor cohesión social de sus miembros y potenciador del tejido social familiar, permitiendo una mejor adaptación a los cambios generados por el proceso de globalización en el que estamos insertos. Este tipo de fenómenos denota cambios asociados con el aumento de los niveles de escolaridad, mayor participación económica y autonomía femeninas, y cambios en la imagen social de la mujer, fenómeno que gradualmente se está presentando, y que lo seguirá haciendo en los próximos años. Sin embargo, cabe señalar la pertinencia de focalizar la atención más bien en problemáticas emergentes que empiezan a cobrar mayor protagonismo y visibilidad en el interior de la familia, como la reproducción de roles tradicionales de sus miembros, el cuidado de adultos mayores como responsabilidad exclusiva de las integrantes femeninas de una familia, el aborto, el incesto y la violencia intrafamiliar.

A propósito de la violencia intrafamiliar, consideramos que representa un severo problema social que no puede ni debe ignorarse; la violencia física, emocional, sexual o verbal que puede padecer una persona en su entorno familiar limita su desarrollo individual y frena la sana convivencia de una comunidad. Podemos definir la violencia intrafamiliar como un modelo de conductas aprendidas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También incluye abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo e intimidación. En el ámbito nacional se ha comprobado que las niñas y los niños son quienes reciben la mayor proporción del maltrato intrafamiliar (61.2%). Las madres están en segundo lugar (20.9%). Otras mujeres, como hijas, cuñadas y primas, están en tercer lugar (9.7%), y en cuarto lugar, los hombres (5.2%). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, realizada a mujeres de 15 años y más que conviven con pareja, se observó que el 44% declara algún tipo de violencia, el 35.4% declara violencia emocional, el

27.3% declara violencia económica, el 9.3% declara violencia física y el 7.8% declara violencia sexual.

Se ha generalizado el reconocimiento de que el fenómeno de la violencia contra las mujeres en la familia y en la sociedad se ha extendido y que trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas. La violencia contra las mujeres proviene de su condición desigual en la sociedad y representa un problema de salud pública. A nivel estatal, se cometieron 166 homicidios contra mujeres en el primer trimestre de 2005. En los municipios de Irapuato, León y Celaya se presentaron la mayor parte de los casos. Veintisiete de cada 100 mujeres leonesas sufren al menos un incidente de violencia. El tipo de violencia que más se padece es la económica, seguida por la emocional; en tercer lugar se encuentra la física y, por último, la violencia sexual. Del total de los homicidios esclarecidos, el 70% de los involucrados tenían alguna relación con la víctima (esposo, novio, pareja, hijo, padre, tío, amigo, conocido o acompañante). En un 40% se utilizó algún tipo de arma de fuego, en 20% fueron golpes, en 17.8% fueron utilizadas armas blancas y en un 12.6% se usaron otros medios. Datos francamente alarmantes en un estado que no ha podido resolverlos en el interior de su agenda, y que hacen necesarias propuestas legislativas que abonen a la protección y seguridad de todos los grupos que componen la sociedad y que sufren una fuerte fragmentación.

El siglo XXI presenta un panorama de profundas mutaciones, pero también de continuos cambios, retos y persistencias en un escenario altamente heterogéneo. Las transformaciones en curso ejercen efectos contrapuestos sobre las familias; en unos casos incentivan la relativa flexibilización de su estructura y su dinámica interna, y en otros refuerzan los patrones tradicionales y la resistencia al cambio.

ROLES QUE SE ESTABLECEN EN LOS HOGARES DE GUANAJUATO

En el apartado anterior presentamos una caracterización de los hogares guanajuatenses que arroja ciertas pistas sobre los rostros

sociodemográficos que van delineándose en el estado. Todos ellos apuntan hacia grandes variaciones en las relaciones familiares, por lo que se precisa insistir en una reflexión interdisciplinaria que arroje luz sobre problemas sociales que tienen su origen en la esfera privada, pero que ahora impactan claramente en el espacio público.

Se considera que, por sus datos poblacionales, “*Guanajuato en muchos aspectos refleja las condiciones económicas y sociales del país*” (Montes de Oca, 2009). Guanajuato tiene actualmente casi 5 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento poblacional de 1.6% anual. Se estima que hay casi un millón de hogares y que la mitad de ellos tiene entre tres y cinco miembros. Es un estado con una edad promedio poblacional de 21 años, aunque se prevé que en las próximas décadas este proceso se revertirá hacia las franjas de mayor edad (Gobierno de Guanajuato, 2005). La esperanza de vida en la entidad se estima en 74 años, 71.4 para los hombres y 76.1 para las mujeres (Montes de Oca, 2009).

Del total de la población guanajuatense, aproximadamente 300 000 son personas con 60 años y más (Conapo, 2002). La población con 60 años y más en la entidad se distribuye de la siguiente manera: 35% en áreas rurales con menos de 2 500 habitantes y 65% en áreas urbanas (Montes de Oca, 2009). Asimismo, se indica que sólo el 46% de la población con 60 años y más no es pobre (Montes de Oca, 2009). En este sentido, y si además se tiene en cuenta que gran parte de los migrantes provienen de entornos familiares rurales, es que se estima que se profundizan las condiciones de vulnerabilidad social y de red familiar (Montes de Oca, 2009).

Es importante destacar, además, que las proyecciones de población indican claramente que el proceso de envejecimiento se torna irreversible. Para el año 2030 existen cálculos que estiman que la población con 60 años será el 16% del total de la población del estado (Conapo, 2002).

Por lo anterior, se indica:

Guanajuato en general experimenta una transformación cotidiana derivada de la migración, pero en forma silenciosa y paulatina

experimenta un envejecimiento demográfico que deriva de un efecto compuesto entre el descenso de la fecundidad y la salida de los guanajuatenses en edad productiva (Montes de Oca, 2009: 61).

Además, es posible afirmar que estos procesos demográficos, unidos a otros de tipo cultural y social, han trastocado los cimientos de las estructuras conservadoras familiares, por lo que entendemos, a partir de una lectura sociológica, que el ciclo vital de los hogares, más allá de los cambios que introduce en las formas de convivencia, constituye un importante mecanismo transformador de roles internos y de modos de organización doméstica.

Las manifestaciones del envejecimiento configuran nuevos escenarios para la vida cotidiana de los hogares, que en numerosas ocasiones obligan a poner en marcha mecanismos emergentes que restablezcan la dinámica original; así, se busca un nuevo equilibrio que responda a las nuevas necesidades o se busca amoldarse de la forma menos desventajosa. El ámbito doméstico es uno de los espacios donde inciden con mayor fuerza los cambios y se proyectan las exigencias más interesantes a nivel microsociológico. Así, las necesidades emergentes reflejan esta alteración de las formas de vida y las estructuras básicas del hogar, y su satisfacción demandará una reorganización del ámbito doméstico para lograr la estabilidad en el nuevo marco público donde está inserto (Fernández, 2009).

El proceso de envejecimiento se manifiesta de forma diferenciada en cada hogar; no obstante, existen rasgos comunes que permiten caracterizarlo. El más evidente quizá sea el imparable incremento de la presencia de personas adultas mayores en la estructura de los hogares. Los umbrales de supervivencia se han desplazado hasta edades cada vez más longevas, como lo hemos presentado en las pirámides poblacionales; es decir, se ha traducido en una mayor supervivencia de las estructuras nucleares de los hogares y en la difusión de formas de convivencia intergeneracional a edades avanzadas (Fernández, 2009).

Toda persona mayor está expuesta a ciertos cambios asociados al proceso de envejecimiento que pueden afectar la organización del conjunto de su unidad doméstica; sin embargo, no siempre han de estar relacionados con aspectos negativos. También es cierto que a medida que aumenta la edad existen mayores probabilidades de verse involucrado en procesos relacionados con la pérdida de la salud que indudablemente incidirán sobre el hogar en su conjunto, por la necesidad de reorganizar las actividades, las funciones, los recursos económicos y los horarios para proporcionar los cuidados necesarios. Sin embargo, el envejecimiento de una persona en el marco de un hogar más joven proporciona ayuda invaluable para las nuevas generaciones, especialmente para aquellas mujeres que encuentran dificultades en armonizar proyectos laborales y familiares⁹ (Yuni, Urbano y Arce, 2006).

Los hogares que envejecen —en este caso nos estamos refiriendo a hogares de tipo nuclear— terminan implicados en una dinámica de transformación de la que resulta una progresiva reducción de su tamaño. El ciclo de vida de estos hogares y los cambios introducidos por el envejecimiento tienden a localizarse entre la fase de transformación y disolución,¹⁰ pero para entender mejor el desarrollo de este ciclo resulta más útil desplazar la atención hacia dinámicas de transformación de los hogares y a las estructuras de convivencia. De la misma manera, la organización del ámbito doméstico se transforma en cuanto a cantidad y contenido del trabajo doméstico, distribución y roles y funciones

⁹ La presencia de hogares con jefatura femenina es mayor en áreas más urbanizadas. Este hecho impacta en la formación de hogares, por un lado, y en la dinámica del ciclo de vida de las familias, por el otro.

¹⁰ La estrecha vinculación entre el hogar y las estructuras familiares ha dado lugar a que las etapas del ciclo de los hogares se establezcan utilizando como referente la dinámica de los grupos familiares. De esta forma, los sucesos más significativos se sitúan en torno a los procesos de formación, transformación y disolución.

domésticas y familiares, modificación de las actividades cotidianas,¹¹ etcétera. El cambio de roles que acompaña esta transformación tiende a localizarse en esferas tradicionalmente ocupadas por las mujeres en el ámbito doméstico, y las consecuencias de estas transformaciones suelen abordarse desde una perspectiva femenina (Mela *et al.*, 2004).

Otro de los cambios socialmente relevantes en las etapas finales del ciclo de los hogares¹² es la transformación del núcleo original a la muerte del cónyuge. Las consecuencias de la viudedad en las formas de convivencia se traducen en la disminución del tamaño de la unidad familiar, que para muchas personas significa el comienzo de una transición hacia la vida en solitario (Cea D'Ancona y Valles Martínez, 1992). La viudedad está reconocida como un momento clave en la biografía de las personas, que representa el final de un proyecto de vida en común y la ruptura de una forma de vida cuya centralidad se situaba en torno al hogar y la familia. Hasta aquí, la viudedad constituye una transformación que afecta de forma transversal a cualquier hogar fundado sobre un núcleo o una pareja, independientemente de la etapa vital del ciclo de los hogares en que se encuentre. Sin embargo, el envejecimiento introduce una serie de

¹¹ Es cierto que detrás de estos cambios hacemos referencia al creciente fenómeno de madres solteras y a la ruptura del lazo conyugal.

¹² La periodicidad del ciclo vital de los hogares no suele definirse en función de un criterio cronológico, sino a través de etapas secuenciales cuya transición está determinada por acontecimientos de tipo social y familiar relevantes para la vida de sus miembros, como pueden ser la emancipación, el matrimonio, la viudedad, etcétera. La transición de una etapa a otra admite recorridos y calendarios diferentes según el curso de vida de cada miembro. La organización de la convivencia en cada etapa dependerá, por lo tanto, de tres factores: la demografía, las prácticas sociales y culturales vigentes en relación con la coresidencia, y un componente de la toma de decisiones; esto permitirá entender las distintas fórmulas de los hogares como producto de estrategias diferenciadas.

circunstancias que hacen que la experiencia de la viudedad a edades avanzadas altere de forma particular el equilibrio de la dinámica familiar (Lefrançois, 2005).

Esto implica una pérdida efectiva de apoyos inmediatos en el interior del hogar. La mayor supervivencia de las mujeres hace que la viudedad esté feminizada, sobre todo conforme avanza la edad. Para muchas mujeres, especialmente para las más ancianas, la viudedad desemboca en situaciones de vulnerabilidad social. Además, la situación de la mujer en el mundo laboral formalmente reconocido la ha relegado a posiciones económicas inferiores a las de los hombres. En los hogares de las personas adultas mayores, la principal fuente de ingresos procede de salarios masculinos que, en virtud de las actividades realizadas, se traducían en pensiones de jubilación. En este sentido, la dependencia económica de algunas mujeres todavía hoy sigue concretándose en verdaderos esfuerzos personales para continuar haciendo frente a los gastos habituales de subsistencia (Fernández, 2009).

La feminización de la vejez no debe ocultar que los hombres, ante la viudedad, se exponen a nuevas relaciones con su hogar y su ámbito doméstico que pueden traducirse en un tipo de dependencia que, si bien no es económica, tiene notables consecuencias en las nuevas configuraciones sociales de los miembros del hogar.

Las características socioeconómicas y familiares intervienen de forma decisiva en la configuración de roles a partir de determinadas variables, como el nivel de instrucción, que define cómo las carencias formativas suelen acompañar a las situaciones con mayor riesgo de vulnerabilidad social. Las generaciones que actualmente han cruzado los umbrales sociales de la vejez presentan unas diferencias formativas evidentes en relación con generaciones más jóvenes. El acceso a los recursos educativos, especialmente fuera de los niveles básicos, no tenía un carácter tan universal como en la actualidad, y por ende el nivel de alfa-

betización presenta niveles más bajos que generaciones posteriores. Esto se puede traducir, especialmente para las personas analfabetas o que sólo saben leer y escribir, en barreras infranqueables para tener acceso a determinados canales de comunicación y recursos de apoyo a lo largo de toda la trayectoria vital, y especialmente en los momentos finales del curso de vida (Rodríguez, 1994). Y de la misma forma, puede ser un serio obstáculo para entablar relaciones sociales, institucionales o económicas dentro de su propio entorno y potenciar su aislamiento (Martarena y Krzemien, 2001).

Rodríguez (1994) menciona, en relación con la situación económica, que se ha utilizado este indicador por su influencia sobre la salud, la calidad de vida y la capacidad de vida independiente de la población anciana. La situación económica de los hogares de las personas mayores no solamente depende de sus ingresos, provenientes de pensiones de jubilación e ingresos similares, sino que debería ser evaluada en función de la capacidad para afrontar los gastos corrientes más habituales con las entradas económicas de que disponen. Sin duda, el ahorro y el patrimonio son elementos económicos relevantes, pero es muy difícil valorar su capitalización o uso cotidiano. La realidad y la opinión de algunos especialistas apuntan a que los elementos diferentes de los ingresos corrientes tienden a no utilizarse, o en su caso a emplearlos en situaciones críticas para garantizarse cuidado o apoyo. La vivienda es considerada como un bien patrimonial, y por lo tanto capitalizable, pero este sentido únicamente es válido para aquellos hogares que disponen de una vivienda en propiedad. Las situaciones de alquiler, en el caso de los hogares de personas mayores, no suelen ser beneficiosas para su situación económica, ya que a los gastos del mantenimiento y el uso de la vivienda, y a los gastos ordinarios, hay que añadir una partida extra destinada a sufragar el coste mensual del alquiler. Es evidente que los aspectos microeconómicos de los hogares intervienen en los comportamientos sociales y habita-

cionales. De la situación económica de un hogar no solamente dependen la calidad y el nivel de vida, pues el nivel de ingresos, el ahorro, etcétera, pueden ampliar o, por el contrario, limitar el abanico de recursos a los cuales se puede tener acceso en caso de necesidad (Martirena y Krzemien, 2001).

Nos referimos a los recursos familiares fuera del hogar porque el capital familiar disponible fuera de los límites del hogar y las redes informales de solidaridad son dos dimensiones del hogar y del bienestar (Kemeny, 1991) fundamentales para comprender los procesos derivados del hecho de habitar. Más allá de las formas familiares que puedan adoptar los grupos de convivencia, la proximidad y la disponibilidad de la familia y otras redes de solidaridad pueden considerarse como un elemento que aporta estabilidad y seguridad especialmente en situaciones críticas. La solidaridad familiar con respecto a las personas mayores cuenta con un fuerte arraigo en los comportamientos familiares, al tiempo que es una función básica que atañe a la familia como grupo primario (Leal y Montalbán, 1998). Estos mismos autores señalan que los cambios experimentados en las dinámicas familiares, así como en la condición social de las personas mayores, han propiciado importantes transformaciones en las estrategias de solidaridad familiar hacia las personas mayores. No obstante, estas estrategias pueden incidir en uno o varios elementos, y su materialización puede adoptar formas diferentes que van desde la máxima implicación familiar, donde el mayor vive con sus familiares (hijos, sobrinos, etc.), hasta situaciones en las que las personas mayores viven solas y requieren apoyos puntuales, incluidos aquellos casos en los que los mayores viven con su pareja y requieren ayuda familiar en situaciones de fuerte necesidad. A pesar de ello, el estado de salud, la situación económica y los grados de autonomía también intervienen en el tipo de apoyo exterior que se puede esperar. Para que la solidaridad familiar sea una opción real es preciso disponer de una mínima estructura familiar

y que la familia tenga capacidad, disponibilidad y voluntad para desempeñar esta función¹³ (Yuni, Urbano y Arce, 2006).

El capital familiar puede ser definido por la disposición de redes familiares directas, aunque también se puede esperar apoyo familiar desde líneas de parentesco de carácter más indirecto, como los sobrinos, los nietos, etcétera. La cercanía de estas redes familiares podría ser un factor que incida en el grado de implicación familiar que es posible esperar, siendo mayor cuanto más directas sean las redes familiares. Detectar la presencia de capital familiar a través del número de hijos, por ejemplo, no significa que necesariamente sea un recurso efectivo disponible. La localización espacial de estas redes será uno de los elementos que definan el tipo de apoyo o solidaridad que las personas mayores pueden esperar; la proximidad espacial entre personas mayores y sus redes familiares debería intervenir de forma positiva en la disposición de recursos y apoyos directos a su alcance, mientras que en aquellos hogares cuyos apoyos familiares se encuentran distanciados físicamente (como en el caso de las migraciones de los miembros más jóvenes) las posibilidades de apoyo directo se ven debilitadas.

En función del contenido y la división de las responsabilidades y roles familiares asignadas a cada género, la presencia de mujeres en las líneas familiares más directas, especialmente las hijas, debería estar relacionada con un apoyo familiar más inten-

¹³ Cuando el interés se centra en el hogar en su conjunto, en las formas que adopta en diferentes momentos de su ciclo, se obtiene un enfoque de corte más demográfico. Sin embargo, cuando el interés se centra en el individuo que forma parte de un hogar, el enfoque resultante será un análisis de procesos, transiciones y posiciones. Ambos se complementan y al mismo tiempo resultan necesarios en cualquier análisis sobre modelos familiares, si tenemos en cuenta que cada una de estas etapas, desde el punto de vista del hogar y del individuo, se desarrolla dentro del ámbito espacial de la familia, de forma que existe un paralelismo con lo que denominamos ciclo del hogar. La comprensión de este paralelismo aportará argumentos interesantes sobre las dinámicas en el interior de las familias.

so y cercano. La familia ha experimentado profundas transformaciones conforme se han instaurado cambios sociales más amplios en nuestra sociedad. Esto ha dado lugar a un cuestionamiento de la familia como proveedora de apoyo y bienestar para sus mayores.

Sin embargo, los cambios familiares más importantes desde la perspectiva del tema que nos ocupa son la reducción del tamaño familiar, que evidentemente incide en el tamaño de las redes familiares disponibles; el mayor distanciamiento entre las familias y los nuevos ritmos de vida y de trabajo; las nuevas formas de convivencia y los hogares emergentes: hogares unipersonales jóvenes, cohabitación, hogares monoparentales derivados de rupturas matrimoniales. A pesar de todo, en la actualidad, estas dificultades vienen determinadas en mayor medida por la adopción de nuevas formas y estilos de vida que por las restricciones que podrían partir de la propia situación de convivencia; la incorporación de las mujeres al mundo laboral formal ha planteado importantes dilemas para hacer compatibles la actividad laboral de las mujeres y las responsabilidades de la vida doméstica. En aquellos casos en los que además existen problemas familiares definidos por la necesidad de dar apoyo o asistencia familiar a los padres, suegros, etcétera, estos dilemas se acentúan. Esto haría suponer que las mujeres que centran su trabajo en la esfera doméstica tendrán menos dificultades en proporcionar apoyo directo a sus familiares, siempre y cuando la geografía no imponga condiciones.

Todos estos elementos fomentan un natural debilitamiento de las posibilidades de intervención directa de las redes de apoyo familiar, pero no necesariamente implican que estas redes dejen de actuar. Por este motivo se rescata un concepto amplio de solidaridad familiar en el que el apoyo familiar puede adoptar fórmulas que no necesariamente deben restringirse al apoyo o la intervención directos (Cortés Alcalá, 1994). La intervención familiar, apoyo o solidaridad directa, significa principalmente

que los recursos movilizados para proporcionar este apoyo son fundamentalmente humanos, es decir, uno o varios miembros de la familia prestan apoyo personalmente y de forma presencial a otros miembros. Este apoyo directo puede variar de contenido y se puede incluir en esta categoría una extensa lista de actividades y funciones: la colaboración directa en las tareas cotidianas de las personas mayores; el acompañamiento en gestiones, visitas médicas y hospitalizaciones; la acogida del o de las personas mayores en el propio hogar; el traslado temporal o definitivo a la vivienda de las personas mayores para prestar el cuidado requerido; la supervisión y el control directo de sus actividades de higiene; la reparación de vestuario, limpieza y seguridad; la participación y el acompañamiento en sus ratos de ocio, etcétera.

Por otro lado, se entiende por solidaridad familiar indirecta el apoyo prestado a través de la movilización de recursos principalmente materiales y económicos, que indirectamente pueden materializarse en ayudas proporcionadas por otros profesionales o personas contratadas. Como ejemplo podríamos pensar en determinados apoyos económicos para que las personas mayores puedan cubrir sus gastos con mayor desahogo, la contratación de servicios domiciliarios pagados por los hijos o familiares. Generalmente este tipo de solidaridad suele despertar valoraciones negativas, en tanto que puede significar falta de interés o deseos de no implicarse directamente en el bienestar de las personas mayores. Sin embargo, estos mecanismos con frecuencia requieren un esfuerzo considerable para las familias, no solamente económico sino también emocional, cuando es la única opción a su alcance. La diferencia entre la solidaridad directa y la indirecta no debe ser comprendida en términos de categorías opuestas, ya que entre ambas existen posibles situaciones intermedias, o puede requerirse la aplicación de varios tipos de estrategias. De hecho, lo frecuente es esperar a lo largo de la vida de las personas

mayores la intervención de la familia en momentos diferentes y a través de mecanismos mixtos (Cortés Alcalá, 1994).

MIRADAS DE LA CLÍNICA

Reconociendo el desafío de traducir en unas cuantas líneas la importancia y la pertinencia que en nuestra opinión tiene una aproximación interpretativa desde una sociología clínica, como señalaría Vincent Gaulejac de la Universidad Paris VII, “todos los destinos individuales se despliegan entre la historia familiar y las relaciones sociales” (Gaulejac, 2002),¹⁴ en muchos casos y a contrapelo de lo que Durkheim propuso, aquí se trata de escuchar la subjetividad que se expresa como portavoz de sí misma, a pesar de que el sujeto del envejecimiento contemporáneo en la circunstancia que describimos pudiese hacer con su relato una verdadera “desfiguración” de su propio trayecto de vida a la hora de asumir posiciones que no sólo significan su envejecimiento personal, sino también un posicionamiento frente a la vida y una estrategia afirmativa o encubridora de significados valorativos y normativos de cara al “deber” o posición de transmisión en que se encuentra.

No hemos señalado que el centro de México es un territorio tradicionalista y católico sólo para complementar con información el panorama contextual del modo de vida familiar y del lugar del adulto mayor en este contexto. Lo que vale la pena destacar es que la comunidad católica tiene un modelo ideológico que promueve una idea de familia en la cual el anciano aparece como guardián del “patrimonio espiritual de la sociedad”. Frente a la desfiguración de la vida familiar tradicional y la instalación de las pautas de violencia en medio del dramático cambio global en condiciones de inequidad social que viven las familias en Guanajuato, este modelo no sólo es contradictorio, sino que parece montado en un sistema de negaciones que no facilitan que el

¹⁴ La traducción es nuestra.

adulto mayor se posiciona como sujeto de la transmisión cultural, puesto que su situación es también de empobrecimiento y precariedad funcional dentro del dispositivo social de la familia.

¿Cómo explicar en un estado católico de cosas el incremento de la violencia estructural y doméstica y su percepción como violencia sexual y de género?

¿Cómo explicar la posición del sujeto del envejecimiento como actor de una validación de las pautas políticas y culturales que legitiman el incesto, el alcoholismo endémico, la homofobia y la violencia explícita contra niños y mujeres?

¿Cómo explicar y no sólo describir? Éste es el desafío que suscitó este capítulo. Y no podemos ofrecer una respuesta, sino más bien un *corpus* de problemas que ayude a delinear la investigación futura en el sentido siguiente:

- *La novela familiar y su relación con la transmisión del capital cultural en la palabra de los adultos mayores*

Si aceptamos que el trayecto de vida y su acontecer histórico están relacionados con la concatenación de lo vivido por el adulto mayor en términos de lo que González (1998: 12) llamaría “lo efectivamente sucedido”, tendremos que distinguir esta realidad “objetiva” de la historia de vida, que es un relato construido, configurado y desfigurado en razón de dos lógicas: una que evoca el concepto freudiano de “novela familiar”,¹⁵ que consiste en un posicionamiento con respecto a los orígenes y a la capacidad de configuración-desfiguración que tiene el relato histórico con respecto al sujeto, y que en el caso que nos ocupa significa la necesidad de estudiar en el relato la memoria y el olvido, y las composiciones de justificación y moralidad que en el discurso del adulto mayor aparecen para explicar las prácticas

¹⁵ Los trabajos de Freud publicados entre 1908 y 1939, a propósito de la categoría conceptual “novela familiar” (Freud, 1997a y 1997b).

conservadoras que se acompañan de acentos y explicaciones montados en el relato.

- *La transmisión y el análisis del sentido, del olvido y de su significado colectivo*

Por otro lado, con la reconstrucción analítica de los contenidos de la transmisión de valores y de la repercusión que tiene ésta en el posicionamiento de los demás miembros de la familia con respecto al relato del adulto mayor, nos vemos obligados a pensar que el sujeto del envejecimiento es también un actor social cuya subjetividad también es el resultado de una actividad fundante: fundante de la transmisión de pautas de explicación y justificación de las prácticas conservadoras: la violencia y la transgresión nos parece que son también componentes de la memoria de los adultos mayores, compuesta de relatos, huecos, omisiones y transgresiones que van normando la percepción de la historia familiar en las relaciones transgeneracionales e intrageneracionales, como bien lo ha trabajado Anne Ancelin Schützenberger (2001) con su modelo de genosociograma, un dispositivo de análisis del sentido de la representación y de la construcción historizante de las relaciones. Nos queda claro que éste es el trabajo que sigue en nuestra investigación y será objeto de un tratamiento más riguroso de lo que exploramos y avanzamos aquí.

CONCLUSIONES

La familia, considerada como uno de los pilares del bienestar en relación con las personas mayores, ha experimentado algunas transformaciones importantes en su fisonomía, sus estructuras, sus formas de organización y sus funciones tradicionales, que han dado lugar al replanteamiento de la función envejecimiento-familia. Las relaciones entre las personas mayores y la familia necesari-

riamente han tenido que evolucionar modificando los escenarios tradicionales en los que se ha desarrollado esta interacción. El estudio de la relación entre envejecimiento y familias ha permitido una aproximación sociológica a las prácticas y los comportamientos sociales de las personas que envejecen, desvelando la compleja red de interacciones que intervienen en su configuración. Necesita ser explicada a profundidad con instrumentos que indaguen sobre otras formas sociales de construcción de la memoria y la transmisión subjetiva de modelos de interpretación del mundo y de valores prácticos que reproducen también los contextos de violencia y desestructuración. Ese elemento puede ser aportado por análisis de corte más clínico.

La norma de investigación en salud se ocupa de señalar que los criterios que vigilan y aseguran buenas prácticas en investigación privilegien su orientación científica y ética, quizá porque es una obligación guardar la confidencialidad al mismo tiempo que se garantiza la inteligibilidad de los procesos que protagonizan los actores, procesos que además determinan los factores con los que singularizan sus existencias.

Una aproximación clínica que no se base solamente en lo anecdótico requiere una interpretación que dé lugar a la toma de conciencia del actor, y en consecuencia debe abrir la posibilidad de que su confrontación con el análisis que se le propone, ya sea procesando y valorando de cara a su propia historia las consecuencias de su trayecto de vida, ya sea resignificando las vicisitudes del presente, en ocasiones marcado por situaciones límite en la vida de la familia.

En ocasiones, a la vista de una propuesta de esta índole, la historia familiar como relato se desestructura y el esfuerzo por conservar relatos estereotipados ayuda a administrar el desencanto. El conservar preserva, y con frecuencia es resultado de un esfuerzo y tiene un costo, en ocasiones demasiado caro.

La clínica de la violencia doméstica está llena de formas borrosas de justificación y silencio, donde los efectos del acoso sexual,

el maltrato a mujeres y a niños y ciertas formas de sometimiento y violación están atrapados en el discurso de la “necesidad”. Si bien no es un dato estadísticamente relevante, sobre todo porque las condiciones de su emergencia como evocación o denuncia son, en efecto, parte de un proceso sostenido por la confianza y el cuidado de lo que viene con la palabra en terapia, no deja de ser sorprendente la cantidad de veces que se escucha la historia de mujeres que recuerdan cómo siendo niñas, menores de 15 años, fueron acosadas o tocadas y a veces abusadas por sus cuñados con la justificación y el silencio de las abuelas y las madres, que las enviaban a cuidar a sus hermanas mayores durante el puerperio.

Mujeres que trabajan y que dejan pequeños al cuidado de adultos mayores con riesgo de que sean maltratados son casi invisibles, así como esposas jóvenes de maridos migrantes, que se quedan bajo el cuidado o la tiranía de suegras hostigadoras, no son casos ajenos a la cotidianidad en las historias de suicidio o de refugiadas en alberges institucionales. Las empresas familiares, que organizan y distribuyen cargas de trabajo fuera de todo derecho laboral y que organizan intercambios de servicios y cuidados que casi siempre resultan en abusos y maltratos de menores, se anuncian como soluciones económicas alternativas sin programas de vigilancia y protección de derechos humanos básicos.

¿Cómo pueden ser estos modelos de organización nichos para el aprendizaje de la democracia y de los derechos civiles y sociales? ¿Necesitamos que estas revelaciones íntimas se vuelvan estadísticas para operar cambios urgentes en los modelos de transmisión de prácticas intergeneracionales?

Si bien la visión interaccionista y contextual refleja cómo los actores sociales construyen y dan significado a sus proyectos vitales, y cómo en sus comportamientos y en sus decisiones tienen en cuenta a otros actores como la familia, su círculo de relaciones, algunas instituciones, etcétera, las conexiones entre los procesos microsociales que se generan en el nivel de los hogares y aquellos que emergen de las instituciones y estructuras del bienestar

aparecen como cuestiones clave dentro del ámbito de los hogares de las personas y en el de las personas adultas mayores en particular, sin garantizar que por ello los modelos de reproducción pasen por el juicio de la crítica o propicien *per se* procesos de cambio social.

Como aspecto positivo de las dinámicas familiares, destaca la apertura de los análisis psicosociales a los procesos de interacción social que se producen durante las diferentes transiciones de los hogares y sus miembros. Estos procesos desvelan que los comportamientos y las prácticas sociales no son un producto exclusivamente económico, urbanístico, privado, etcétera, sino que integran otras muchas dimensiones de la realidad social. Las conclusiones que provienen de este marco necesitan ser matizadas y adaptadas a las diferentes realidades de los hogares. Si tenemos en cuenta que el proceso de envejecimiento se instala de formas diversas en unas formas de convivencia que de partida son heterogéneas, y que este proceso se caracteriza por su fuerte dinámica, comprendemos que los retos y la capacidad de maniobra de los hogares se modifican a lo largo de todo el proceso. En función del ciclo del hogar, de los cambios en la salud de los miembros, de los comportamientos anteriores, etc., el proceso adoptará caminos diferentes. Por este motivo, aunque las grandes líneas se puedan ajustar a este patrón, el carácter general de este marco es evidente.

En la búsqueda de opciones y recursos existentes para satisfacer sus necesidades y en lo que se refiere a la accesibilidad y la adecuación de estos recursos a las necesidades y los objetivos de cada hogar, el margen de libertad de los hogares para resolver sus necesidades se encuentra constreñido socialmente por los vacíos o discontinuidades estructurales, así como por las propias características de los hogares y sus miembros. Las mujeres que trabajan, las madres de los hijos de migrantes y los niños que se crían bajo la mirada de adultos mayores en esquemas disfuncionales, son también objeto de una aproximación clínica; para ellos, conocerse en condiciones de contención, de cura, de recuperación pos-

traumática, también crea tejido social y, en ocasiones, sus actitudes producen un empoderamiento y una resiliencia que estarán en la base de políticas públicas que seguramente pertenecen al porvenir.

En lo relativo a los aspectos metodológicos, se revalida la importancia de situarse en los hogares para comprender mejor la vertiente espacial del proceso de envejecimiento. Los enfoques microsociológicos y genosociográficos permiten analizar la vejez como un proceso de largo alcance, protagonizado mayoritariamente por personas que son capaces de controlar y manejar sus vidas, pero también por personas que en diferentes momentos de este proceso encuentran la necesidad de contar con otras personas, con otros recursos, con otras alternativas para dar continuidad a su vida cotidiana. Este nivel de análisis permite llegar a los diferentes escenarios, interacciones, significados, incertidumbres, preferencias, obstáculos, etc., que están presentes entre los miembros de los hogares envejecidos.

El análisis de los hogares orienta las investigaciones sobre la estructura espacial hacia las formas de organización que operan en su base y la configuran. De ellas se deduce que la experiencia del envejecimiento y los retos que se plantean a nivel individual, en la mayor parte de los casos, tienen un alcance colectivo.

El envejecimiento demográfico se presenta como el gran reto del siglo XXI, pero su proyección territorial hace que este reto adopte rostros diferentes en cada contexto. La novedad de este clima demográfico no se sitúa exclusivamente en el incremento absoluto y relativo del conjunto de personas mayores, sino en los cambios relacionales que siguen a las transformaciones demográficas y sociales que lo acompañan. Existe un mayor espacio para las relaciones intergeneracionales, como consecuencia de unas expectativas vitales más amplias, pero la distribución de la población, por un lado, y los cambios que están experimentando las familias, por otro, aparecen como grandes obstáculos para su operatividad. A pesar de que el envejecimiento ya es una realidad en todo el territorio nacional y local, el ámbito rural está caracterizado por

evidentes desventajas, como la pérdida de población joven y la dependencia con respecto a municipios de mayor tamaño y mejor equipamiento en infraestructura y servicios, así como por los tiempos de desplazamiento. En estos entornos se percibe una profunda desigualdad en términos de accesibilidad, cobertura y cercanía de recursos destinados a las personas adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- BUIL, P., y J. DÍEZ ESPINO (1999). “Anciano y familia. Una relación en evolución”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 22 (1): 19-25.
- CANALES, A. (2005). “El papel de las remesas en la configuración de relaciones familiares transnacionales”. *Papeles de Población* 44 (abril-junio): 149-172. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- CASTRO, R. (1996). “En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo”. En *Para comprender la subjetividad*, compilado por I. Szasz y S. Lerner, 57-88. México: Colmex.
- CASTORIADIS, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires: Eudeba.
- CEA D’ANCONA, M.Á. y M.S. VALLES MARTÍNEZ (1992). “Hogares unipersonales en la vejez. Formas de vida y vivienda en la gran ciudad”. *Documento de trabajo* 44: 107-109. Madrid: Ayuntamiento de Madrid-Departamento de Estudios y Análisis.
- CEPAL-Organización de Naciones Unidas (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo*. Puerto Rico: Trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL.
- CHÁVEZ HERNÁNDEZ, A., y L. MACÍAS GARCÍA (2006). “Tendencias epidemiológicas del suicidio en el estado de Guanajuato, una década”. En *Algunas consideraciones al suicidio*

- y formas de violencia intrafamiliar en el estado de Guanajuato*, compilado por A.M. Chávez, 23-123, México: Procuraduría de Justicia de Guanajuato.
- CHÁVEZ HERNÁNDEZ, A., y L. MACÍAS GARCÍA (2007). *El fenómeno del suicidio en el estado de Guanajuato*, segunda edición. México: Universidad de Guanajuato.
- CONAPO (2002). *Proyecciones de población de México 2000-2050: Nacionales, estatales y municipales*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>>. Consultado el 22 de marzo de 2012.
- CORTÉS ALCALÁ, L. (1994). “Implicaciones de la situación de la vivienda sobre las estructuras familiares. Vivienda y familias: una relación problemática”. *Familia y Sociedad* 1-2: 53-76.
- DURAND, J. (coordinador) (2002). *Rostrros y rastros: entrevistas a trabajadores migrantes en Estados Unidos*. México: El Colegio de San Luis.
- ESTEINOU, R. (coordinador) (2006). *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. Reseñado por Olga Lorena Rojas en *Estudios Demográficos y Urbanos* 24 (2): 493-497. Mayo-agosto de 2009. México: El Colegio de México.
- FERNÁNDEZ, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ, R. (2009). *Psicología de la vejez, Parte IV. La promoción del envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.
- FREUD, S. (1997a). *Moisés y la religión monoteísta*. En *Obras completas*, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu. Primera edición: 1939.
- FREUD, S. (1997b). *La novela familiar del neurótico*. En *Obras completas*, vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu. Primera edición: 1908.
- FULLER, N. (2001). *Masculinidades: cambios y permanencias*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- GAULEJAC, V. (2002). “Histoires de vie: Héritage familial et trajectoire sociale”. En *Familles: permanence et métamorphoses*, compilado por J.E. Dortier (coordinador), 199-206. Auxerres: Sciences Humaines.

- GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO (2005). *Programa Especial Gerontológico del Estado de Guanajuato (2005-2025)*. México: Gobierno del Estado de Guanajuato.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO-IISUNAM (2004). *Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores (EEPAM)*. México: Gobierno del Estado de Guanajuato/IISUNAM.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, F. (1998). *La guerra de las memorias: psicoanálisis, historia e interpretación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Plaza y Valdés.
- GUNDERMAMN KROLL, H. (2001). "El método de los estudios de caso". En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, compilado por M.L. Tarrés (coordinador), 249-288. México: Colmex/Flacso/Miguel Ángel Porrúa.
- INEGI (2005). *II Censo de población y vivienda 2005*. México: INEGI.
- KEMENY, J. (1991). *Housing and Social Theory*. Nueva York: Routledge.
- LEAL MALDONADO, J., y M. HERNÁN MONTALBÁN (1998). *Los retos de la solidaridad familiar ante el cambio familiar*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales-Comunidad de Madrid.
- LEFRANÇOIS, G.R. (2005). *El ciclo de la vida*. Traducido por J. Francisco Javier Dávila García. México: International Thomson Editores.
- MACÍAS GARCÍA, L.F. (2003). *Desafíos sociodemográficos*. México: Consejo Estatal de Población.
- MARTIARENA, V., y D. KRZEMIEN (2001). "Un modelo de conceptualización de la salud mental en el envejecimiento femenino". Comunicación presentada en el 2do. Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2001. Consultado el 10 de febrero 2012 en <<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1773?mode=full>>.
- MARTÍNEZ, C. (1996). "Introducción al trabajo cualitativo de investigación". En *Para comprender la subjetividad*, compilado por I. Szasz y S. Lerner, 33-56. México: El Colegio de México.

- MEJÍA, R., y S.A. SANDOVAL (coordinadores) (2003). *Tras las vetas de la investigación cualitativa: perspectivas y acercamientos desde la práctica*. Guadalajara: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).
- MELA, R., *et al.* (2004). “Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor”. *Psyche* 13 (1): 79-89. Consultado el 12 de marzo 2012 en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_abstract>.
- MONTES DE OCA ZAVALA, V. (coordinador) (2008). *Historias detenidas en el tiempo. El fenómeno migratorio desde la mirada de la vejez en Guanajuato*. México: Gobierno del Estado de Guanajuato.
- MONTES DE OCA, V. *et al.* (2009). *Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes nacionales transnacionales de la vejez en Guanajuato*. México: UNAM.
- RAMOS PADILLA, M.A. (2005). *La masculinidad en el envejecimiento. Vivencias de la vejez de varones en una zona popular de Lima*. Lima: Asociación Peruana de Demografía y Población/Fondo de Población de la Organización de Naciones Unidas.
- RODRÍGUEZ, J. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- SALGADO, N., y R. WONG (coordinadores) (2003). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- SCHÜTZENBERGER, A. A. (2001). *Aïe, mes aïeux*. París: Desclée de Brouwer-La Méridienne.
- SZASZ, I., y S. LERNER (1996). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- WELTI, C. (2001). *La fecundidad adolescente en Guanajuato*. Guanajuato: COESPO.
- YUNI, J., C. URBANO y M. ARCE (2006). *Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento*. Córdoba: Brujas.

PREFERENCIAS SOBRE CUIDADOS EN VEJEZ
AVANZADA EN MÉXICO: DIAGNÓSTICO,
DILEMAS Y DESAFÍOS EN CONTEXTOS DE POBREZA
EN TRES ESTADOS DE LA REPÚBLICA¹

Rocío Enríquez Rosas

El cuidado es el apoyo real desde la creatividad,
la libertad y la inteligencia.
Leonardo Boff.*

INTRODUCCIÓN

El cuidado y los procesos de precarización del mismo (Vara, 2006) son hoy en día un problema de investigación de frontera por su carácter inter y transdisciplinar. Su relevancia radica en generar elementos para entender las nuevas dinámicas del envejecimiento en las sociedades contemporáneas. De igual forma, propicia intervenir para generar nuevos consensos y prácticas sociales en los distintos agentes y actores, sean las familias en su heterogeneidad, las comunidades, las instituciones del Estado o la sociedad

¹ Esta investigación forma parte de un proyecto mayor titulado: “Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza: un estudio comparativo”, financiado por el Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión del Sistema Universitario Jesuita, CEAPE-SUJ, convocatoria, 2006-2007. Participaron en el desarrollo de la investigación Margarita Maldonado, Paola Aldrete, Joaquina Palomar, Josefina Pantoja, Marcela Ibarra y la que escribe.

* Citado por André François en *Cuidar. Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil*.

civil tanto organizada como no asociada, el mercado y las iglesias, entre otros.

En ese contexto, el presente estudio analiza la percepción de los requerimientos y las preferencias en el *cuidado* que señalan las personas mayores de 70 años (AM70) de tres entidades de la República Mexicana. Es un análisis cuantitativo con base en una muestra de 399 sujetos adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) (102 casos), en la ciudad de León, Guanajuato (200 casos), y en la sierra de Tlapanalá, Puebla (97 casos).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global en el presente siglo. Se trata del resultado de las transiciones epidemiológicas y demográficas en las que la mortalidad y la fecundidad cayeron hasta alcanzar niveles históricamente bajos (Ham Chande, 2003).

El rápido envejecimiento que se da en los países en vías de desarrollo está acompañado de cambios importantes en las estructuras y roles familiares y en los patrones de trabajo y migración. Actualmente hay menos personas disponibles para cuidar de los ancianos cuando necesiten ayuda (OMS, 2002) y las cargas de cuidado tenderán a incrementarse de manera exponencial en las próximas décadas, lo que generará una crisis en el sistema de cuidados en la región latinoamericana (CEPAL, 2009).

Además, los sistemas de protección informal, principalmente los referentes a las redes familiares, presentan actualmente formas inéditas en sus dinámicas y configuraciones que advierten sobre el desgaste de los recursos tanto materiales como simbólicos y sobre la inminente necesidad de contar con apoyos formales complementarios que amortigüen las demandas y los requerimientos cotidianos, y en situaciones de crisis, asociados al cuidado de otros, especialmente cuando se trata de personas mayores y en situación de dependencia media o avanzada. Ese desfamilismo latinoamericano del cual certeramente advierte Arriagada (2007) es también un proceso presente en la sociedad

mexicana que adquiere mayor preocupación cuando se estudia en los estratos más empobrecidos y carentes de toda seguridad y protección social (Enríquez, 2010).

En México, el envejecimiento poblacional acentúa las inequidades de género, las generacionales y las intergeneracionales, y advierte sobre la producción gradual de nuevos riesgos sociales, así como sobre la posible exacerbación de procesos de exclusión social y la inminente necesidad de colectivizar el cuidado atendiendo a su multidimensionalidad y con todas las implicaciones que ello conlleva.

El alargamiento de la esperanza de vida en la población latinoamericana, y particularmente en la mexicana, el empequeñecimiento de los hogares, la coexistencia de tres o más generaciones compartiendo una misma vivienda, la diversificación de los arreglos familiares, son sólo algunos de los factores que se han de tomar en cuenta cuando se busca abordar el proceso de envejecimiento en México desde la perspectiva del cuidado en cuanto responsabilidad social para la procuración del bienestar incluyente.

ENVEJECIMIENTO Y PRECARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

A lo largo del siglo XXI, México pasará por un proceso de envejecimiento importante que debe ser planeado y previsto con suficiente antelación. El proceso de envejecer produce riesgos que deben ser considerados ampliamente; algunos de ellos son la pérdida de capacidades físicas y mentales, la disminución de la autonomía y, por lo tanto, la capacidad de adaptación a entornos diversos, la posible disminución en los roles familiares y sociales, el retiro del trabajo, la disminución en la capacidad económica y, en general, el deterioro de la salud, que implica un nivel de independencia menor.

Hay tres riesgos centrales ante el envejecimiento: la especificidad de género (la feminización de la vejez), la condición

socioeconómica y el trabajo; además, una parte importante de la población de 60 años o más sigue inserta en alguna actividad económica, principalmente informal (Viveros, 2001) que está asociada con la precariedad laboral, lo que incide más allá de la esfera del trabajo y atenta contra las posibilidades de una supervivencia digna en las últimas etapas de la vida.

El nivel de envejecimiento que presentan México y la mayoría de los países de la región latinoamericana se ha alcanzado en medio siglo, en comparación con Europa, donde este proceso tomó dos siglos. Esta velocidad del proceso de envejecimiento está asociada con la baja en la mortalidad y el descenso en la fecundidad (Ham Chande, 1999; Viveros, 2001).

En México hay muy pocas instituciones que se dediquen a atender y cuidar a las personas mayores, y estas instancias tienen en su mayoría enfoques muy limitados (Ham Chande, 1999). Por otro lado, las personas están teniendo menos hijos y hay menos probabilidad de que cuando envejezcan éstos las cuiden (Guzmán, 2002; Robles, 2007). El Estado ha delegado el cuidado y la asistencia económica de los adultos mayores a las familias y a las redes sociales informales (Viveros, 2001); este fenómeno tiene repercusiones especialmente graves en el caso de las personas mayores que experimentan cotidianamente la pobreza (Salgado y Wong, 2003). La reciprocidad de largo aliento en el ámbito de lo familiar es una construcción sociocultural que requiere ser problematizada a la luz de los nuevos contextos de precarización, inseguridad, migración y desplazamientos múltiples que acontecen en las sociedades contemporáneas y en particular en el caso de las grandes ciudades de México, como la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).

En cuanto a las mujeres, ellas experimentan, más que los hombres, la situación de enfrentar sus vidas solas o teniendo familiares a su cargo, y en la región latinoamericana esta vejez se vive además en condiciones de pobreza, debido a las inequidades que hay en ingresos y también en pensiones (Chakiel, 2000).

Los estudios señalan la necesidad de empoderar a las personas mayores y que se promuevan las relaciones intergeneracionales, que se desarrollen políticas de prevención a lo largo del ciclo vital, que se identifiquen grupos de riesgo, se reconozca el papel de la familia, se posibilite la conciliación de la vida laboral con la personal y familiar y que exista una mejor coordinación entre los servicios sociales y de salud, así como una adecuada supervisión de la calidad de los servicios.

A. Lowenstein *et al.* (2003) hacen recomendaciones en política pública para que se ponga en el centro la problemática del cuidado: a) asistencia estatal, b) servicios y profesionalización de los mismos para favorecer la autonomía e independencia del adulto mayor, c) cuidado formal/informal como complemento, d) reorganizar la centralidad de la familia en la provisión del bienestar, e) apoyo a las familias cuidadoras, f) fortalecer la calidad de vida de las mujeres (cuidadoras principales), g) percibir al adulto mayor tanto en su rol de proveedor como de receptor, h) capacitación y servicios para las familias cuidadoras, i) soluciones de cuidado a largo plazo.

Los estudios señalan, además, la necesidad de empoderar a las personas mayores y que se promuevan las relaciones intergeneracionales, que se desarrollen políticas de prevención a lo largo del ciclo vital, que se identifiquen grupos de riesgo, se reconozca el papel de la familia, se posibilite la conciliación de la vida laboral con la personal y la familiar, y que haya una mejor coordinación entre los servicios sociales y de salud, así como una adecuada supervisión de la calidad de los servicios. En este sentido, es necesario cuestionar las posibilidades y las responsabilidades de las familias y de las mujeres en cuanto al cuidado de sus distintos miembros. En el futuro próximo, la verdadera crisis de los estados de bienestar será una crisis en la provisión de los cuidados (Bazo, 2002).

Se presentan también relaciones de solidaridad y conflictos en las relaciones de género e intergeneracionales que dan cuenta

de las múltiples ambivalencias en el ámbito del cuidado, así como en las emociones sociales emergentes ante las demandas propias del cuidado de largo plazo de un miembro familiar dependiente en mayor o menor medida. Es necesario también situar este contexto en una economía precaria como la mexicana, que deja precisamente a los más viejos fuera de los sistemas formales de protección, abandonados a su suerte y a “lo que la familia pueda arrimar (material y simbólicamente)” en lo referente al cuidado de la salud y en especial en situaciones de crisis o de padecimientos de larga trayectoria. El cuidado, en cuanto objeto de estudio complejo, demanda lecturas en constante construcción/reconstrucción que puedan traducirse en políticas públicas diferenciadas e incluyentes de un sector de la sociedad que va en aumento.

PRECISIONES METODOLÓGICAS

El objetivo central del presente documento es dar cuenta de los hallazgos en torno a la percepción que los adultos mayores (AM70) tienen sobre requerimientos y preferencias del cuidado (Bengston *et al.*, 2002: solidaridad-conflicto-ambivalencia). Este breve estudio forma parte de otro más amplio que integra las siguientes dimensiones: la sociodemográfica, la subjetiva emocional en relación con envejecer en pobreza y desde la categoría de género, y, por último, la percepción de las transferencias recibidas a través de programas sociales. Por cuestiones de espacio sólo analizaré cinco preguntas que se relacionan directamente con la temática de las percepciones del cuidado de AM en condiciones de pobreza extrema en tres ciudades de la República Mexicana (Guadalajara, León y Puebla).

Las preguntas sobre preferencias del cuidado son:

1. Centrándonos ahora en sus preferencias personales, si llegase a necesitar ayuda de manera prolongada para hacer las tareas de la casa, como limpiar, lavar la ropa, etcétera, ¿de

- quién preferiría recibir esta ayuda?, ¿de su familia, de servicios profesionales o de otros?
2. Centrándonos ahora en sus preferencias personales, si llegase a necesitar ayuda de manera prolongada para su cuidado personal, ¿de quién preferiría recibir esta ayuda?, ¿de su familia, de servicios profesionales, o de otros?
 3. Centrándonos ahora en sus condiciones actuales (en los últimos 6 meses), cuando necesita ayuda de manera prolongada para hacer las tareas de la casa, como limpiar, lavar la ropa, etcétera, ¿de quién recibe esta ayuda?
 4. Centrándonos ahora en sus condiciones actuales (en los últimos 6 meses), cuando necesita ayuda de manera prolongada para su cuidado personal, ¿de quién recibe esta ayuda?
 5. Si no pudiera vivir de forma independiente en su vejez y tuviera que elegir entre vivir con un hijo o en un alojamiento para mayores, ¿qué preferiría?

Cabe señalar que los datos proporcionados por los AM70 fueron analizados con estadística descriptiva y los hallazgos muestran algunas configuraciones en términos de subjetividades que ponen en el centro de la discusión las expectativas en relación con el cuidado y los horizontes posibles desde la perspectiva de las personas mayores.

RESULTADOS

Los dilemas del cuidado: hacia la construcción de consensos

El análisis que se propone se basa en las preferencias de los AM70 y la realidad sobre quién los apoya en las tareas de casa y sus preferencias de cuidado. En relación con la sección sobre las *tareas propias de la casa*, los hallazgos señalan que los adultos mayores con 70 años y más en caso de necesidad preferirían que la ayuda fuera brindada por un familiar, y los porcentajes son similares para los tres escenarios estudiados (ZMG 81.3%, León 78.5%

y Tlapanalá 86.6%) (cuadro 1). Los vecinos aparecen como un vínculo casi inexistente y acentuado en lo urbano marginal (5% o menos en los tres escenarios).

Esta preferencia por la ayuda familiar está íntimamente relacionada con factores socioculturales sobre la forma de entender la relación filial y la reciprocidad de largo aliento en el interior del grupo familiar (Lowenstein *et al.*, 2003). La escasa presencia de vínculos vecinales asociados al cuidado está relacionada con las condiciones actuales que presenta la pobreza en los contextos urbanos de las grandes ciudades, en los cuales se han mermado las posibilidades de reciprocidad vecinal, así como por la experiencia de seguridad y de confianza social entre los pobres urbanos (González de la Rocha, 1999; Enríquez *et al.*, 2008; Enríquez, 2008 y 2009) además de las condiciones mismas de segregación socioespacial (Siqueiros, 2009), que complejizan aún más los desplazamientos para las personas mayores en el entorno urbano marginal. En este sentido, resulta central la realización de investigaciones e intervenciones que focalicen el fortalecimiento del tejido social comunitario y, en especial, aquel que amortigua, contiene y enriquece la vida de los adultos mayores en el contexto de las grandes ciudades (Montes de Oca, 2003).

CUADRO 1
POBLACIÓN AM70 QUE DECLARA QUE PARA TAREAS EN CASA PREFERIRÍA
LA AYUDA DE... (GUADALAJARA, LEÓN Y PUEBLA) 2006-2007

| <i>¿Quién ayuda?</i> | <i>Hombres</i> | | <i>Mujeres</i> | | <i>Ambos</i> | |
|-----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Guadalajara, Jalisco</i> | | | | | | |
| Familia | 39 | 82.9 | 44 | 80 | 83 | 81.3 |
| Vecinos | 2 | 4.2 | 4 | 7.2 | 6 | 5.8 |
| Otros | 4 | 8.5 | 4 | 7.2 | 8 | 7.8 |
| No sabe | 1 | 2.1 | 3 | 5.4 | 4 | 3.9 |
| S/R | 1 | 2.1 | 0 | 0 | 1 | 1.2 |
| Total | 47 | 99.8 | 55 | 99.8 | 102 | 100 |

Cuadro 1. *Continuación...*

| <i>¿Quién ayuda?</i> | | <i>León, Guanajuato</i> | | | | |
|----------------------|----|---------------------------|-----|-------|-----|------|
| Familia | 72 | 72.7 | 85 | 84.14 | 157 | 78.5 |
| Vecinos | 1 | 1.01 | 2 | 1.9 | 3 | 1.5 |
| Servicios | 9 | 9.09 | 3 | 2.9 | 12 | 6 |
| Otros | 5 | 5.05 | 1 | 0.9 | 6 | 3 |
| No sabe | 12 | 12.1 | 10 | 9.9 | 22 | 11 |
| Total | 99 | 99.95 | 101 | 99.74 | 200 | 100 |
| <i>¿Quién ayuda?</i> | | <i>Tlalpanalá, Puebla</i> | | | | |
| Familia | 26 | 86.6 | 58 | 86.5 | 84 | 86.6 |
| Vecinos | 2 | 6.6 | 1 | 1.4 | 3 | 3.1 |
| Servicios | 1 | 3.3 | 2 | 2.9 | 3 | 4.1 |
| Otros | 1 | 3.3 | 3 | 4.4 | 4 | 2.1 |
| No sabe | 0 | 0 | 1 | 1.4 | 2 | 1 |
| Total | 30 | 96.5 | 67 | 96.6 | 97 | 100 |

Fuente: Elaboración propia con los datos del proyecto colectivo "Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza: un estudio comparativo".

Con respecto a *si requirieran de ayuda para el cuidado personal*, el 82.3% de los adultos mayores de la ZMG reportó que preferiría recibirla de algún familiar, 83.5% en el caso de León y 90.7% en el caso de Tlalpanalá, Puebla, muy destacado el último caso (rural/ indígena) (cuadro 2). La relación vecinal obtiene un porcentaje aún más bajo cuando se indaga sobre las preferencias en ayuda para el cuidado personal. La familia obtiene el predominio en esta función y pone de manifiesto una cultura del cuidado donde son las relaciones familiares más cercanas, y en especial las mujeres, las proveedoras de cuidados a las personas envejecidas. Estos hallazgos muestran la centralidad de la familia frente a una serie de demandas que hoy en día tiende a rebasarla si no consideramos las posibilidades de ayuda complementaria desde los distintos actores implicados: el Estado y sus instituciones, la sociedad civil, el sector empresarial y las propias configuraciones familiares. Además, el continuar depositando de manera exclusi-

va, o bien, central, los cuidados del AM en los vínculos de parentesco no garantiza el bienestar de los mismos en la generalidad de los casos, debido a que existe evidencia de situaciones de abandono, reclusión y negligencia, entre otras, por la historia de los vínculos familiares construidos a lo largo de los años con el AM en cuestión, así como por las condiciones actuales para satisfacer las demandas de cuidados que se requieren y el tiempo prolongado en que deben ser garantizadas.

CUADRO 2
POBLACIÓN AM70 QUE DECLARA QUE PARA CUIDADO PERSONAL
PREFERIRÍA LA AYUDA DE... (GUADALAJARA, LEÓN Y PUEBLA)
2006-2007

| <i>¿Quién cuida?</i> | <i>Hombres</i> | | <i>Mujeres</i> | | <i>Ambos</i> | |
|-----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Guadalajara, Jalisco</i> | | | | | | |
| Familia | 43 | 91.4 | 41 | 74.5 | 84 | 82.3 |
| Vecinos | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 2 | 1.9 |
| Otros | 1 | 2.1 | 4 | 7.2 | 5 | 4.9 |
| No sabe | 1 | 2.1 | 6 | 10.9 | 7 | 6.8 |
| N/A | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 1 | 0.9 |
| S/R | 2 | 4.2 | 1 | 1.8 | 3 | 2.9 |
| Total | 47 | 99.8 | 55 | 99.8 | 102 | 99.7 |
| <i>León, Guanajuato</i> | | | | | | |
| Familia | 70 | 78.7 | 89 | 88.1 | 167 | 83.5 |
| Vecinos | 0 | 0 | 1 | 9 | 1 | 0.5 |
| Servicios | 6 | 6 | 0 | 0 | 6 | 3 |
| Otros | 5 | 5.05 | 2 | 1.9 | 7 | 3.5 |
| No sabe | 9 | 9 | 9 | 8.9 | 18 | 9 |
| N/A | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| Total | 99 | 99.75 | 101 | 99.8 | 200 | 100 |

Cuadro 2. *Continuación...*

| <i>¿Quién cuida?</i> | <i>Tlapanalá, Puebla</i> | | | | | |
|----------------------|--------------------------|------|----|------|----|------|
| | | | | | | |
| Familia | 25 | 83.3 | 63 | 94 | 88 | 90.7 |
| Vecinos | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Servicios | 2 | 6.6 | 0 | 0 | 2 | 2.1 |
| Otros | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| No sabe | 0 | 0 | 2 | 2.9 | 2 | 2.1 |
| N/A | 0 | 0 | 1 | 1.4 | 1 | 2 |
| S/R | 0 | 0 | 1 | 1.4 | 1 | 1 |
| Total | 30 | 96.5 | 67 | 99.8 | 97 | 100 |

Fuente: Elaboración propia con los datos del proyecto colectivo "Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza: un estudio comparativo".

En cuanto a si *actualmente recibe ayuda para tareas propias de la casa*, los AM de la ZMG en un 78.4% reportaron recibirla de algún familiar, para León el 88.3%, y para Tlapanalá, Puebla, el 89.3% (cuadro 3). Destaca el porcentaje menor para la ZMG y la condición urbana de las grandes ciudades; los factores tiempo y distancia desempeñan un papel sustantivo en las posibilidades de activación del vínculo familiar de manera contingente, de acuerdo con la demanda específica de apoyo y que en este caso tiene que ver con la colaboración en las tareas propias del espacio físico de residencia. Todo ello se hace más complejo por lo que implican los desplazamientos urbanos y la segregación residencial. Los datos muestran que, para el caso de la ZMG, hay una concentración importante de adultos mayores en la zona centro del municipio de Guadalajara y las siguientes generaciones se han desplazado principalmente hacia las periferias urbanas en busca de una vivienda propia, principalmente de interés social (Siqueiros, 2009). El desdibujamiento de los vínculos vecinales como estrategia de apoyo ante las demandas propias para sostener una vivienda, y especialmente para las personas mayores que viven

en solitario, es un asunto central. La convivencia social urbana requiere el fortalecimiento de los vínculos con los vecinos, así como la redensificación de los espacios públicos que permita el encuentro con el otro y que de esta manera se potencien las relaciones de intercambio y ayuda mutua centradas en el cuidado.

Por último, esta centralidad de los lazos de parentesco, especialmente desde el modelo hegemónico de familia nuclear, es cuestionada actualmente por diversos estudios que dan cuenta de las múltiples demandas a las que las familias están expuestas, así como de los cambios que han sufrido en su estructura y configuración interna, y en su dinámica cotidiana (Robles, 2003; Vara, 2006; Enríquez *et al.*, 2008; CEPAL, 2009; Montaña y Milosavjevic, 2010). En este sentido, no es posible sostener la premisa de las familias como depositarias de los cuidados, sino construir nuevos discursos que apunten la colectivización del cuidado y las prácticas responsables de autocuidado en cada una de las etapas del curso de la vida.

CUADRO 3
POBLACIÓN AM70 QUE DECLARA QUE PARA
TAREAS EN CASA ACTUALMENTE RECIBE AYUDA DE... (GUADALAJARA,
LEÓN Y PUEBLA) 2006-2007

| <i>¿Quién ayuda?</i> | <i>Hombres</i> | | <i>Mujeres</i> | | <i>Ambos</i> | |
|-----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Guadalajara, Jalisco</i> | | | | | | |
| Familia | 38 | 80.8 | 42 | 76.3 | 80 | 78.4 |
| Vecinos | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 2 | 1.9 |
| Asilo | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 1 | 0.9 |
| Otros | 3 | 6.3 | 1 | 1.8 | 4 | 3.9 |
| Depende | 0 | 0 | 3 | 5.4 | 3 | 2.9 |
| No sabe | 2 | 4.2 | 5 | 9 | 7 | 6.8 |
| S/R | 4 | 8.5 | 1 | 1.8 | 5 | 4.9 |
| Total | 47 | 99.8 | 55 | 99.7 | 102 | 99.7 |
| <i>León, Guanajuato</i> | | | | | | |
| Familia | 65 | 87.8 | 71 | 88.7 | 136 | 88.3 |
| Vecinos | 1 | 1.3 | 4 | 5.6 | 5 | 3.2 |

Cuadro 3. *Continuación...*

| <i>¿Quién ayuda?</i> | <i>Hombres</i> | | <i>Mujeres</i> | | <i>Ambos</i> | |
|----------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Servicios | 1 | 1.3 | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| Otros | 1 | 1.3 | 2 | 2.8 | 3 | 1.9 |
| No sabe | 6 | 6.1 | 3 | 4 | 9 | 5.8 |
| Total | 74 | 99.5 | 80 | 99.3 | 154 | 100 |

| <i>¿Quién ayuda?</i> | <i>Tlalpanalá, Puebla</i> | | | | | |
|----------------------|---------------------------|------|----|------|----|------|
| Familia | 19 | 86.3 | 48 | 90.5 | 67 | 89.3 |
| Vecinos | 2 | 9 | 0 | 0 | 2 | 2.7 |
| Otros | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.3 |
| No sabe | 0 | 0 | 4 | 7.5 | 4 | 5.3 |
| S/R | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1.3 |
| Total | 22 | 98.6 | 53 | 98 | 75 | 100 |

Fuente: Elaboración propia con los datos del proyecto colectivo "Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza: un estudio comparativo".

En relación con la *fuentes de ayuda actual para cuidados personales*, en la ZMG, el 76.4% reportó recibirla de algún familiar, el 88.3% en León y el 89.2% en Tlalpanalá, Puebla (cuadro 4). Nuevamente destaca un porcentaje menor para la ZMG y ello puede estar asociado a las dificultades de mantener las relaciones recíprocas de largo aliento en el contexto de las grandes ciudades, donde la vida cotidiana transcurre de formas cualitativamente diferenciadas con respecto a lo que sucede en otros contextos. Podemos hablar de la intensificación de los procesos de precarización en las prácticas del cuidado asociadas al entorno urbano marginal de las grandes ciudades. Sobre ello, estoy de acuerdo con los planteamientos de Vara (2006) relacionados con procesos de precarización de la existencia misma y añadido que en el caso del cuidado, en cuanto problema de investigación de frontera, este marco interpretativo adquiere especial relevancia por las consecuencias actuales y futuras del resquebrajamiento de los tejidos sociales urbanos en las grandes ciudades, la pérdida de centralidad de la familia como dadora y receptora de las múltiples tareas asociadas al cuidado que

a ella han sido confiadas y reproducidas por una cultura que familiariza, individualiza y feminiza el resguardo del otro.

CUADRO 4
POBLACIÓN AM70 QUE DECLARA QUE PARA CUIDADOS PERSONALES
ACTUALMENTE RECIBE AYUDA DE...
(GUADALAJARA, LEÓN Y PUEBLA) 2006-2007

| <i>¿Quién ayuda?</i> | <i>Hombres</i> | | <i>Mujeres</i> | | <i>Ambos</i> | |
|-----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Guadalajara, Jalisco</i> | | | | | | |
| Familia | 39 | 82.9 | 39 | 70.9 | 78 | 76.4 |
| Vecinos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Asilo | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 1 | 0.9 |
| Otros | 1 | 2.1 | 4 | 7.2 | 5 | 4.9 |
| Depende | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 2 | 1.9 |
| Nadie | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 2 | 1.9 |
| No sabe | 3 | 6.3 | 7 | 12.7 | 10 | 9.8 |
| S/R | 4 | 8.5 | 0 | 0 | 4 | 3.9 |
| Total | 47 | 99.8 | 55 | 99.8 | 102 | 99.7 |
| <i>León, Guanajuato</i> | | | | | | |
| Familia | 44 | 81.4 | 47 | 87 | 91 | 88.3 |
| Otros | 3 | 5.5 | 2 | 3.7 | 5 | 3.3 |
| No sabe | 7 | 12.9 | 5 | 9.2 | 12 | 9.4 |
| Total | 54 | 99.8 | 54 | 99.9 | 108 | 100 |
| <i>Tlalpanalá, Puebla</i> | | | | | | |
| Familia | 15 | 78.9 | 43 | 93.4 | 58 | 89.2 |
| No sabe | 4 | 21 | 3 | 6.5 | 7 | 10.8 |
| Total | 19 | 99 | 46 | 99.9 | 65 | 100 |

Fuente: Elaboración propia con los datos del proyecto colectivo "Envejecimiento, escenarios familiares, redes sociales y bienestar subjetivo en contextos de pobreza: un estudio comparativo".

Con respecto a la pregunta sobre *si preferiría vivir con un hijo o en una residencia para personas mayores* y focalizando en la ZMG, el

53.1% de los hombres y el 47.2% de las mujeres contestaron que prefieren vivir con un hijo o hija. El 14.8% de los hombres y el 23.6% de las mujeres manifestaron su preferencia por una residencia para adultos mayores. El 14.8% de los varones reportó no saber, así como el 12.7% de las mujeres. La preferencia de vivir en una residencia para mayores es más alta con respecto a la opción de vivir solo o sola. A partir de las narrativas resultantes del contexto de entrevista propio para la aplicación del cuestionario, emergen subjetividades que dan cuenta de horizontes de futuro en el campo del cuidado familiar confrontados por una realidad que constata cotidianamente el aparente sentido de lo común y pone de manifiesto, desde la perspectiva de la gente mayor, la inviabilidad del cuidado de largo plazo por parte de los hijos y de las hijas. Ellas y ellos narran con incertidumbre las imposibilidades manifiestas de que sus descendientes “se hagan cargo de ellos” en caso de situaciones de dependencia física media y avanzada, en un contexto urbano complejo y caracterizado por las grandes distancias y los desplazamientos, el empleo precario, la doble o triple jornada de las mujeres, la nuclearización de los hogares por la falta de posibilidades de alimentar cotidianamente los vínculos familiares propios de la red por parentesco extensa tradicional, así como por el achicamiento de los hogares y la tendencia al desplazamiento en las periferias urbanas, que pone en especial desventaja a los AM, pues en caso de emigrar a esos territorios, pueden quedar en una condición de aislamiento y vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), es importante promover políticas y programas de envejecimiento activo para mejorar la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores. Los programas y políticas deben basarse en los derechos, necesidades, preferencias en el cuidado y capacidades de los propios AM. Retomar estas consideraciones para el caso mexicano implica partir del reconocimiento de los derechos de

las personas mayores a contar con condiciones de vida dignas y con la posibilidad de tener una participación social activa en sus comunidades.

El cuidado, en cuanto objeto de estudio, adquiere especial connotación para el caso de las etapas avanzadas de la vida y en un contexto vertiginoso en lo que se refiere al alargamiento de la esperanza de vida para la región latinoamericana. En este sentido, sólo desde el marco de los derechos sociales podemos imaginar horizontes posibles que garanticen sistemas de cuidado mixtos, tanto en su vertiente formal como en la informal, y el resguardo, la seguridad y el cumplimiento de los requerimientos para tener una vida digna y protegida en el proceso de envejecer (Huenchuan, 2003; CEPAL, 2009).

El cuidado, como construcción social, implica al sí mismo y también al otro; es un fenómeno social vinculante y objetivado en reciprocidades múltiples tanto de carácter material, operativo e instrumental como simbólico. En este sentido, el cuidado es también un asunto social y cultural que implica la puesta en escena de corresponsabilidades múltiples y que a través de ellas es posible dar cuenta de la complejidad de los actores implicados, en este caso los familiares (“los que cuidan y los que son cuidados”) y la historia del vínculo entre ellos tejido y vuelto a tejer a lo largo de los años y que se objetiva en las prácticas del cuidado en el entorno de lo familiar y de lo doméstico.

El cuidado, problema de investigación interdisciplinario por su carácter multidimensional, puede ser abordado a partir de dispositivos teórico-metodológicos como el construccionismo social de las emociones. La culpa, la tristeza, la desesperación, en cuanto emociones sociales, aparecen en las narrativas de los cuidadores familiares de personas con padecimientos crónicos como la diabetes (Vázquez, 2010). Además, cuando abordamos la vejez y la exclusión social desde el marco socioantropológico de las emociones, emergen la tristeza, la desesperanza, el desamparo, la soledad y una profunda y persistente desprotección social frente

a un sistema social que la mayoría de las veces excluye o atiende marginalmente a los adultos mayores y los mantiene invisibilizados y vulnerables (Enríquez, 2010).

La dimensión de género e intergeneracional adquiere especial relevancia cuando se tiene el cuidado como objeto de estudio; las mujeres han sido depositarias de estas demandas sociales a lo largo de la historia y es posible mostrar evidencias de ello tanto para el caso mexicano como para la región latinoamericana en general. Los procesos de pérdida de importancia de la familia en ambos territorios (Arriagada, 2007; Enríquez, 2009, entre otros) dan cuenta del agotamiento y la extenuación en los que se encuentran muchas mujeres que son simultáneamente proveedoras económicas y proveedoras de cuidados de uno o más miembros de su grupo doméstico. Ello se complejiza con las relaciones de solidaridad y los conflictos propios de las relaciones de género e intergeneracionales en torno al cuidado y en el contexto de las distintas configuraciones familiares. Hay, en este sentido, una agenda de investigación importante para ser trabajada por colectivos académicos interdisciplinarios y con aproximaciones complejas que busquen, además de la construcción misma de conocimiento, el diseño de propuestas de política pública que garanticen la protección con una mirada relacional y recíproca de “los que cuidan y los que son cuidados”.

El cuidado es un problema central en la agenda pública para América Latina; las cargas que conlleva crecerán exponencialmente en las próximas décadas (CEPAL, 2009) de acuerdo con las proyecciones demográficas para la región. Simultáneamente, los procesos de precarización del cuidado y de la existencia misma (Vara, 2006; Enríquez, 2010) disminuyen las posibilidades reales que tienen los sujetos, principalmente las familias y sobre todo las mujeres, de hacer frente a un problema social que los rebasa y que deslinda a las instituciones, al mercado y a la sociedad en general de una responsabilidad que compete a todos y que sólo puede atenderse como aquí se ha esbozado.

El cuidado, en cuanto objeto de estudio inter y transdisciplinar, requiere construcciones metodológicas híbridas y complejas que pongan en el centro la naturaleza polifónica de la noción de cuidado de forma integral. La provisión del cuidado es, entonces, una cuestión ética y política, un derecho de todo ser humano, que requiere acciones colectivas y públicas (Pinheiro y Araujo de Mattos, 2008a, 2008b, 2009, y Pinheiro y Coelho Lopes, 2010).

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGADA, I. (2007). “Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina”. En *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*, compilado por I. Arriagada, 125-152. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA (Libros de la CEPAL, 96).
- BENGSTON, V., R. GIARRUSSO, B. MABRY y M. SILVERSTEIN (2002). “Solidarity, Conflict and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships?” *Journal of Marriage and Family* 64 (3): 568-576.
- BAZO, M.T. (2002). “Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: Una perspectiva internacional comparada”. *Revista Española de Sociología* 2: 117-127.
- BAZO, M.T., y C. DOMÍNGUEZ-ALCÓN (1996). “Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales en España”. *Reis* 73 (96): 43-56.
- CEPAL (2009). “Políticas públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas”. En *Panorama Social de América Latina*, 227-240. Santiago de Chile: CEPAL.
- CHAKIEL, J. (2000). “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?” Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/División de Población de la CEPAL.

- ENRÍQUEZ, R. (2008). *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. México: ITESO.
- ENRÍQUEZ, R. (2009). “Configuraciones/reconfiguraciones familiares y violencia doméstica/social en la Zona Metropolitana de Guadalajara”. En *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: El caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara*, compilado por Guadalupe Rodríguez Gómez (coordinadora). 97-136. México: Secretaría de Gobernación/Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- ENRÍQUEZ, R. (2010). “La construcción social de las emociones y exclusión social urbana en adultos mayores en la ZMG. Los nervios como categoría sociocultural”. En *Múltiples enfoques, diversos objetos: Tendencias en historia y estudios sociales de la ciencia*, compilado por I. Ledesma, O. López y R. Ramírez (coordinadores). 411-434. México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología, A.C. Publicación electrónica.
- ENRÍQUEZ, R., *et al.* (2008). “Género, envejecimiento, redes de apoyo social y vulnerabilidad en México: un estudio comparativo”. En *Los rostros de la pobreza: el debate. Tomo V*, compilado por Rocío Enríquez (coordinadora). 147-210. Guadalajara: ITESO/Universidad Iberoamericana.
- FRANÇOIS, A. (2006). *Cuidar. Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil*. São Paulo: edición del autor.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, M. (1999). “La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana”. En *Hogar, pobreza y bienestar en México*, compilado por Rocío Enríquez (coordinadora), 13-36. México: ITESO.
- GUZMÁN, J.M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Ca-

- ribeño de Demografía/División de Población de la CEPAL (Serie Población y Desarrollo, 28).
- HAM CHANDE, R. (1999). “Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población”. En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, 41-54. México: Consejo Nacional de Población.
- HAM CHANDE, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- HUENCHUAN NAVARRO, S. (2003). “Políticas de vejez en América Latina: una propuesta para su análisis”. Ponencia presentada en el simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- LOWENSTEIN, A., et al. (2003). *Findings: Research Project*. Haifa: University of Haifa.
- MONTAÑO, S., y V. Milosavljevic (2010). *La crisis económica y financiera. Su impacto sobre la pobreza, el trabajo y el tiempo de las mujeres*. Santiago de Chile: CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo, 98).
- MONTES DE OCA, V. (2003). “Redes comunitarias, género y envejecimiento”. Ponencia presentada en el simposio Viejos y Viejas. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago, Chile, 14 al 18 de julio.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”. *Revista Especializada de Geriátría y Gerontología* 37 (2): 74-105.
- PINHEIRO, R., y R. Araujo de Mattos (organizadores) (2008a). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Río de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- PINHEIRO, R., y R. Araujo de Mattos (organizadores) (2008b). *Cuidado as fronteiras da integralidade*, cuarta edición. Río de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- PINHEIRO, R., y R. Araujo de Mattos (organizadores) (2009). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*, segunda edición. Río de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

- PINHEIRO, R., y T. COELHO LOPES (organizadoras) (2010). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito a saúde*. Río de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.
- ROBLES, L. (2003). “Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras”. Ponencia presentada en el simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- ROBLES, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el Barrio de Oblatos*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud-Universidad de Guadalajara.
- SALGADO DE SNYDER, N., y R. WONG (2003). *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública/INDESOL.
- SEDESOL-OPORTUNIDADES (2006). “Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del componente para adultos mayores (AM). del Programa Oportunidades”. Versión final del Documento de Resultados. 10 de noviembre. Documento interno.
- SIQUEIROS, L.F. (2009). “El entorno habitacional formal e informal”. En *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco*, compilado por Guadalupe Rodríguez Gómez (coordinadora). 63-93. México: SEGOB-CONAVIM. Publicación electrónica.
- VARA, M.J. (coordinadora) (2006). “Precarización de la existencia y huelga de cuidados”. En *Estudios sobre género y economía*, compilado por María de Jesús Vara (coordinadora), 104-135. Madrid: Akal.
- VÁZQUEZ, K. (2010). “Las estrategias de regulación emocional en cuidadores de enfermos de cáncer y diabetes”. Tesis para obtener el grado en doctora en Salud Pública. Universidad de Guadalajara.

VIVEROS MADARIAGA, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Santiago de Chile: CELADE-FNUAP (Serie Población y Desarrollo, 22).

FAMILIA, ENVEJECIMIENTO Y POLÍTICAS SOCIALES¹

Sandra Mancinas Espinoza
Sagrario Garay Villegas

INTRODUCCIÓN

En los países en desarrollo, la vejez se enfrenta de manera diferente a como se hace en los países desarrollados; la falta de ingresos y la carencia de servicios médicos son algunos de los factores más recurrentes que afectan a quienes integran esa población (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2003, citado en Huenchuan y Guzmán, 2006). A excepción de países como Uruguay, Brasil, Chile y Cuba, donde más del 50% de la población con 60 años tiene cobertura social, en México el porcentaje de población con protección social apenas rebasa el 20% (Hakkert y Guzmán, 2004).

En un contexto en el que la protección del Estado a la población envejecida es limitada y se generan condiciones socioeconómicas adversas para dicha población, el apoyo informal, en particular el otorgado por la familia, se ha convertido en uno de

¹ Una versión preliminar de este documento fue presentada en la Segunda Reunión de la Latin American Research Network of Aging (LARNA), realizada en octubre de 2010 en la Ciudad de México. En esta nueva versión se incorporaron las sugerencias de los evaluadores anónimos, a quienes agradecemos sus comentarios. De igual forma agradecemos a la doctora Verónica Montes de Oca por retroalimentar nuestras ideas, lo cual nos permitió aclarar y desarrollar de forma más concisa nuestros planteamientos.

los elementos más importantes para sobrellevar la falta de ingresos y los cuidados requeridos por los adultos mayores.

Diversas investigaciones han indicado que la cohabitación es uno de los mecanismos más aproximados a la solidaridad intergeneracional, porque permite reducir los costos de la vivienda, compartir los gastos en alimentación y facilitar el apoyo entre los integrantes del hogar (Hakkert y Guzmán, 2004; Montes de Oca, 2004). Existen argumentos que se contraponen a esta idea —por ejemplo, que la coresidencia no necesariamente implica que los recursos se socialicen entre todos los miembros—; sin embargo, predomina la postura en torno a que compartir un espacio físico está fuertemente asociado con la repartición de recursos en el interior del mismo (De Vos y Holden, 1988, citado en Hakkert y Guzmán, 2004).

En México, cerca del 50% de la población mexicana con 65 años o más no es derechohabiente de alguna institución de salud, y aproximadamente el 80% no recibe ingresos por pensión o jubilación. Teniendo en cuenta este panorama, en este trabajo se toma como punto de partida la idea de que la limitada cobertura social, vista a través de las pensiones y del derecho a servicios de salud, guarda una estrecha vinculación con el arreglo familiar en el que reside la población con 65 años o más. Además de lo anterior, se pone a discusión la capacidad de las familias para brindar solidaridad intergeneracional, dadas las circunstancias económicas y sociales prevalecientes en la actualidad y las que se avecinan en el futuro.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y POBLACIÓN ENVEJECIDA EN MÉXICO

En México, el comportamiento demográfico posterior a la Revolución Mexicana (1910-1921) se tradujo en una reducción de la población del país en aproximadamente dos millones de personas. Posteriormente, durante el periodo de 1945 a 1960 hubo un descenso en las tasas de mortalidad, pero con la tasa de fecundidad

relativamente constante. Para la década de los setenta comenzó la reducción en las tasas de natalidad y fecundidad, lo que provocó menores tasas de crecimiento de la población hasta el año 2000, aunque en términos absolutos la población de México es siete veces mayor que la que había a principios del siglo XX. De acuerdo con los especialistas en población, en el presente siglo los niveles de mortalidad y natalidad convergirán para llegar a lo que llaman la tercera etapa de la transición demográfica (Partida, 2005).

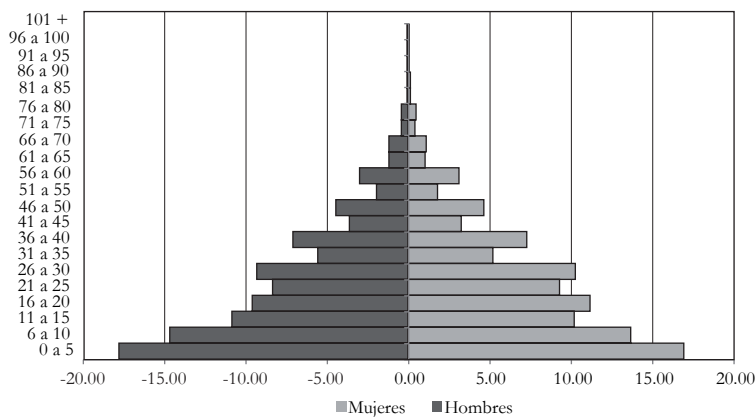
La reducción rápida y sostenida de la mortalidad se presentó desde la década de los años veinte. Esto ha traído consigo un incremento en la esperanza de vida al nacimiento, la cual pasó de 32.9 años en 1921 a 74 años en el año 2000. Por su parte, la disminución de la fecundidad tiene sus antecedentes hasta la década de 1960. La tasa global de fecundidad (TGF) fue reduciéndose de seis niños por mujer en 1975, a cinco en 1979, cuatro en 1985, tres en 1994 y 2.2 en 2000 (Partida, 2005).

Otro fenómeno demográfico en México es el asociado con la pérdida neta por migración internacional, la cual ha sido notable a partir de 1960. La migración es un hecho relevante porque, al igual que la mortalidad y la fecundidad, incide en el crecimiento de la población; incluso se señala que este fenómeno redujo, en el año 2000, 0.4% de la tasa de crecimiento social de la población (Conapo, 2005).

Los cambios demográficos mencionados han traído consigo modificaciones en la estructura por edad de la población. Lo anterior se refleja en una reducción en la base de la pirámide poblacional y un engrosamiento en la cúspide, es decir, en un envejecimiento demográfico de la población (gráficas 1 y 2).

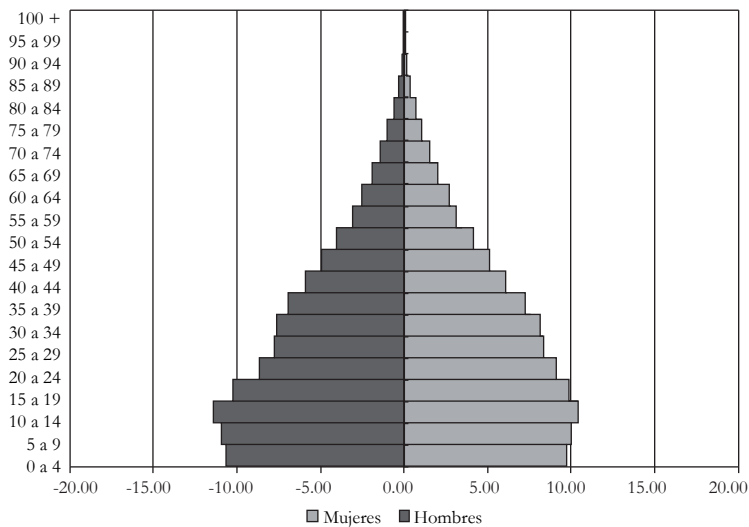
El incremento en el número de personas con 65 años o más también ha cambiado en el transcurso de las décadas. A principios del siglo XX, el porcentaje de personas envejecidas dentro de la población total del país era de un poco más de 2%, mostrando una tendencia creciente en las siguientes décadas hasta llegar a cerca del 6% en 2005 (gráfica 3).

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO POR GRUPOS DE EDAD, 1910



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población de los Estados Unidos Mexicanos 1910, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO POR GRUPOS DE EDAD, 2005

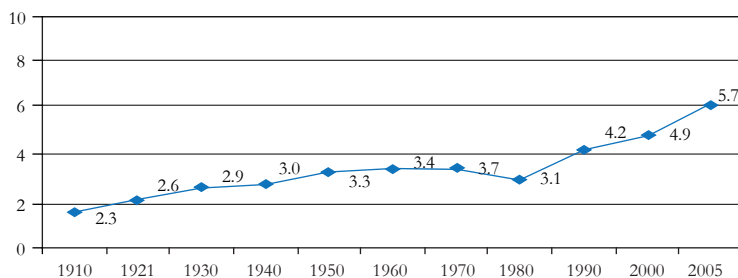


Fuente: Elaboración propia con datos del Censo General de Población y Vivienda, 2005, INEGI.

Se espera que para las próximas décadas la tendencia ascendente en la población adulta mayor se sostenga. Estimaciones de Conapo (2005b) señalan que para 2020 habrá en nuestro país 12.5% de personas mayores de 60 años, y para 2050 serán 28%. Aunque en términos demográficos el envejecimiento poblacional representa una ventana de oportunidad (Conapo, 2005b) y está asociado a países con altos indicadores de desarrollo económico y social (Vizcaíno, 2000), este fenómeno puede tornarse problemático ante la insuficiencia en la cobertura de servicios que demanda la población envejecida.

Entre los principales desafíos que el envejecimiento poblacional plantea a nivel mundial se encuentran la disminución de la pobreza, la reducción de la morbilidad, garantizar el acceso a la justicia y brindar protección a aquellas personas que sufren violencia de cualquier tipo (HelpAge, 2002). En el caso particular de México resalta la insuficiencia en la cobertura de la seguridad social y en los sistemas de retiros y pensiones, la prestación de servicios de salud de calidad y los cambios en las relaciones familiares, y la necesidad de transferencias intergeneracionales ante las fallas de los sistemas públicos de apoyo (Ham, 2003).

GRÁFICA 3
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS SOBRE EL TOTAL
DE LA POBLACIÓN, MÉXICO, 1910-2005



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población de los Estados Unidos Mexicanos 1910, Censo General de Habitantes 1921, Censos Generales de Población 1930, 1940, 1950, 1960 y 1970, Censos Generales de Población y Vivienda 1980, 1990 y 2000, Conteo General de Población y Vivienda, 2005. INEGI.

COBERTURA SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON 65 AÑOS O MÁS

Como se ha indicado, junto con el envejecimiento demográfico se han enfrentado diversas problemáticas, sobre todo en lo referente a la cobertura social de dicha población, la cual básicamente comprende el acceso a servicios en instituciones de salud y el derecho a una pensión por retiro laboral. Datos recientes en México (cuadro 1) muestran que la cobertura de los servicios de salud a la población con 65 años o más sigue siendo limitada, pues sólo el 43.9% es derechohabiente de alguna institución de salud; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) absorbe a la mayoría de los derechohabientes. Al distinguir por edad hay cambios interesantes en la condición de los derechohabientes según el tipo de institución que otorga el servicio médico; por ejemplo, tanto el IMSS como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) reducen su cobertura en los grupos de edades más avanzados; sin embargo, el que presenta la mayor reducción es el ISSSTE, y las personas mayores de 74 años cuentan con menos apoyo de esta institución. Esto último podría ser reflejo de que el grupo de edad más joven (65 a 74 años) todavía está inserto en el mercado laboral, y de ahí su acceso a los servicios médicos en dicha institución. La distinción por sexo para esta categoría no muestra diferencias porcentuales muy grandes; en general, los hombres y las mujeres derechohabientes se distribuyen de manera similar entre las distintas instituciones de salud.

La preocupación por la atención de la salud de la población ha llevado en años recientes a la implementación, por parte del gobierno federal, de un programa llamado Seguro Popular, el cual ha permitido el otorgamiento de ciertos servicios médicos a las personas que no están afiliadas a instituciones de salud.² Sin embargo,

² Básicamente, este seguro está dirigido a trabajadores no asalariados (agricultores, trabajadores por honorarios, personas que se desempeñan en el mercado informal, etcétera), o a los sectores económicos más desprotegidos.

pese a la promoción y la inclusión de diversos sectores poblacionales en este programa, éste no ha logrado cubrir al total de las personas con 65 años o más que no son derechohabientes (cuadro 1).

Además de las limitaciones de cobertura de la salud, existe evidencia de que la calidad en la prestación de estos servicios es cuestionable. Según Rojas y Ulloa (2002: 52), el diagnóstico IMSS-Banco Mundial señala que en el IMSS³ la atención a la salud se caracteriza por

marcados tiempos de espera para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, de intervenciones quirúrgicas y de consulta de especialidades; saturación de las áreas de urgencias; falta de medicamentos (sistema de abastecimiento insuficiente); escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades...

Otro aspecto relacionado con la cobertura social de la población con 65 años o más es la recepción de ingresos derivados de jubilaciones o pensiones. En 2006 se observa (cuadro 1) que sólo el 17.3% de la población envejecida recibe ingresos por esa fuente; al distinguir por grupo de edad se destaca que la población de mayor edad (85 o más) es la que presenta el más bajo porcentaje de recepción de ingresos por concepto de pensión; esto la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad, y a las limitaciones físicas que puede presentar se agrega la falta de ingresos para su supervivencia diaria. La situación tampoco es favorable para las mujeres; su menor participación en el mercado laboral en relación con los hombres se refleja en la menor recepción de ingresos por pensión.

El hecho de que una gran proporción de la población adulta mayor no reciba ningún tipo de pensión o jubilación generalmen-

³ Si bien el IMSS es sólo una de las instituciones mexicanas de atención para la salud, no existe evidencia de que la atención en las otras instituciones de salud sea diferente.

CUADRO 1
COBERTURA SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON 65 AÑOS
O MÁS EN MÉXICO, 2006

| | <i>Total</i> | <i>Grupo de edad</i> | | | <i>Sexo</i> | |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | <i>65 a 74</i> | <i>75 a 84</i> | <i>85 o más</i> | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |
| Derechohabientes | 43.9 | 42.0 | 44.9 | 52.4 | 56.3 | 57.4 |
| IMSS | 66.3 | 67.0 | 65.8 | 62.7 | 67.1 | 65.6 |
| ISSSTE | 15.5 | 32.3 | 16.0 | 17.8 | 14.5 | 16.4 |
| Otro | 18.2 | 18.0 | 18.3 | 19.5 | 18.5 | 18.0 |
| Seguro Popular | 13.2 | 12.9 | 14.7 | 11.3 | 13.9 | 12.6 |
| Jubilados o pensionados | 17.3 | 17.4 | 19.2 | 12.5 | 26.2 | 9.4 |
| Participación en el mercado laboral | 21.2 | 25.8 | 13.7 | 15.6 | 35.7 | 8.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006.

te se traduce en una mayor participación económica de esta población (Montes de Oca, 1995; Pedrero, 1999; Solís, 2001). Muestra de lo anterior es que el 21.2% de las personas con 65 años o más se encuentran en actividades económicas, y se presenta una mayor inserción laboral de la población en edades más jóvenes (65 a 74). La menor participación económica de las mujeres en su curso de vida también se refleja en la vejez: mientras que 35.7% de los hombres siguen insertos en el mercado de trabajo, sólo 0.8% de las mujeres están laborando después de los 65 años de edad (cuadro 1).

El bajo monto de las pensiones puede influir para que algunas personas mayores recurran a otras fuentes de apoyo. Hay evidencias de que las transferencias familiares constituyen una fuente importante de ingreso de esta población (Wong y Espinoza, 2002; Wong, 2003). Incluso para algunos grupos de edad llegan a ser

la fuente principal. Wong (2003) plantea que, para la cohorte de edad 60-69, la ayuda familiar representa un poco más del 20% de sus ingresos totales, en tanto que para las personas de 70 o más años constituye el 35%. Los adultos mayores más jóvenes (60-69) señalan que el grueso de sus percepciones económicas proviene de su pensión (27%), en tanto que los más grandes (70 y más años) identifican el apoyo familiar como su fuente primaria de ingresos. Estos datos de alguna manera muestran que ante la insuficiencia de la seguridad social en términos de ingreso por pensiones, las familias de la población envejecida desempeñan un papel fundamental en la cobertura de las necesidades económicas de este colectivo.

Como muestra de la disminuida cobertura social en la vejez, se tiene que sólo el 16.4% de la población con 65 años o más recibe pensión y seguro médico; los grupos más envejecidos y las mujeres son los que cuentan en menor medida con estos dos beneficios (cuadro 2). Generalmente se espera la incorporación de las personas a una actividad laboral asalariada que se traduzca en una pensión en la vejez, y esto también suele asociarse con el derecho a recibir servicios médicos en instituciones de salud. Pero esta expectativa se desmiente cuando las actividades fueron intermitentes y precarias, por lo cual no se reúnen las semanas de cotización necesarias para tener una pensión y ser derechohabiente, razón por la que muy bajos porcentajes de las personas adultas mayores cuentan con pensión. Su presencia en el seguro popular se advierte como respuesta a la baja derechohabencia. También es posible que la recepción de pensión se deba a otras razones que no se vinculan con la participación en el mercado de trabajo⁴ y por ello no se accede a servicios médicos asociados con un empleo.

⁴ En los últimos años algunos gobiernos locales han implementado programas que otorgan una cantidad mensual de dinero a las personas adultas mayores, y esto mismo podría ser declarado como la recepción de una pensión.

Al no recibir pensión, las personas pueden buscar otras fuentes de ingresos a través de su entrada o de la continuidad en el mercado laboral, que al mismo tiempo les permitan tener servicios médicos. Se observa que en 2006 un poco más del 10% de la población adulta mayor tenía trabajo y seguro médico; esta situación también es un indicador de la capacidad física de las personas para mantenerse activas en la vejez, aunque es claro que esta capacidad va disminuyendo conforme aumenta la edad, pues son los grupos de edad más jóvenes (65 a 74) los que representan un mayor porcentaje en la categoría señalada. Las diferencias entre hombres y mujeres también son marcadas, pues los adultos mayores son quienes muestran mayores tasas de participación económica en comparación con las mujeres, situación que les permite a ellos contar con derecho a servicios médicos (cuadro 2).

En relación con las personas que trabajan y reciben seguro popular, es importante destacar que un 3.1% se encuentra en esas condiciones. Lo anterior es interesante porque se puede asociar con la inserción de esta población en labores que no les otorgan prestaciones sociales (seguro médico o pensión). Al igual que en los casos anteriores, las diferencias por edad y sexo persisten en esta categoría (cuadro 2).

Las situaciones descritas anteriormente cubren, aunque con limitaciones, dos aspectos de la seguridad social en la vejez: ingresos y seguro médico. No obstante, un amplio sector de la población con 65 años o más (61.5%) no cuenta con ingresos por pensión o trabajo, y la situación se agrava para los más envejecidos (85 o más) y para las mujeres. El mismo comportamiento se presenta en los servicios de salud, aunque en este caso tanto hombres como mujeres tienen similares proporciones. Aunado a lo anterior, se tiene que cerca del 26% de las personas

Por ejemplo, en 2001 el gobierno de la Ciudad de México instauró una pensión mensual de alimentación y medicamentos para todos sus residentes mayores de 70 años.

CUADRO 2
CONDICIÓN DE RECEPCIÓN DE INGRESOS Y DE ACCESO A SERVICIOS
MÉDICOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN MÉXICO, 2006

| | <i>Total</i> | <i>Grupos de edad</i> | | | <i>Sexo</i> | |
|--|--------------|-----------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | <i>65 a 74</i> | <i>75 a 84</i> | <i>85 o más</i> | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |
| Pensión y seguro médico | 16.4 | 16.5 | 18.3 | 11.1 | 24.7 | 8.8 |
| Pensión y seguro popular | 0.8 | 0.7 | 1.2 | 0.6 | 1.2 | 0.5 |
| Trabajo y seguro médico | 10.7 | 13.2 | 6.9 | 6.5 | 18.0 | 4.1 |
| Trabajo y seguro popular | 3.1 | 3.9 | 2.3 | 0.8 | 5.5 | 0.8 |
| Sin ingresos por pensión o trabajo | 61.5 | 56.9 | 67.0 | 71.9 | 38.1 | 82.6 |
| Sin seguro médico o seguro popular | 36.8 | 35.3 | 36.5 | 46.2 | 37.1 | 36.6 |
| Sin ingresos por pensión o trabajo/ Sin seguro médico | 25.9 | 22.5 | 29.0 | 36.3 | 18.9 | 32.4 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2006.

adultas mayores no tienen ingresos ni servicios médicos, y las desventajas se acentúan a medida que aumenta la edad y se marcan diferencias claras por sexo (cuadro 2).

La información mostrada hasta ahora, sobre los componentes de salud e ingresos por pensiones en la población envejecida de México, permite identificar una serie de problemáticas. Entre ellas se encuentran la cobertura y el acceso limitados en la atención a la salud y baja cobertura del sistema de pensiones. De acuerdo con la evidencia presentada, los impactos de esas fallas son más serios en las personas de mayor edad y en las mujeres. Todo esto da cuenta de la debilidad del sistema de seguridad social en México; por ello, en lo que sigue se discutirá el papel

que ha adquirido la familia como mecanismo de protección social a la población envejecida, el cual desde hace ya algunos años se ha señalado como principal fuente de apoyo para la población envejecida (Ribeiro, 2004).

ARREGLOS FAMILIARES⁵ Y COBERTURA SOCIAL

Los cambios demográficos que han ocurrido en México han transformado la composición de las familias. Lo anterior ha llevado, de acuerdo con algunos estudios, a observar nuevas formas de organización en los hogares, y se distinguen cinco grandes tendencias: reducción del tamaño de los hogares; disminución de la presencia relativa de los hogares nucleares y aumento de los hogares no nucleares; aumento en la proporción de hogares con jefatura femenina; “envejecimiento” de los hogares; y responsabilidad económica compartida por hombres y mujeres (López, 2001).

En relación con el envejecimiento de los hogares se ha observado un incremento de éstos: en 1992 los hogares con adultos mayores eran 24.2%, en el 2006 la cifra correspondió a 27.1% (Montes de Oca y Garay, 2010). Durante ese mismo periodo se ha indicado la presencia de algunos cambios importantes: en el hogar nuclear destaca el incremento en la proporción de hogares con población adulta mayor en los que reside la pareja sola y la disminución de parejas con hijos solteros. Asimismo, ha disminuido la presencia de hogares extensos con población adulta mayor, sobre todo la pareja con hijos y otros parientes. A su vez, el porcentaje de hogares no familiares, en particular los unipersonales, se ha incrementado significativamente en los años mencionados (Montes de Oca y Garay, 2010b).

⁵ Por razones de medición, en este trabajo se tomó como aproximación metodológica los hogares para referirse a las familias o a los arreglos familiares; por ello, en ocasiones se emplearán estos términos de manera indistinta.

Al tomar en cuenta la condición de los ingresos y los servicios médicos que recibe la población con 65 años o más y su vinculación con el tipo de arreglo familiar, se observa que predomina el hogar nuclear; dentro de este hogar se presenta una diferencia importante entre quienes reciben ingresos por pensión o trabajo y quienes no tienen ingresos por esos conceptos. En particular se observa que las personas adultas mayores que tienen pensión y seguro médico y los que tienen trabajo y seguro médico viven en el arreglo nuclear de pareja sin hijos. Al parecer, la recepción de ingresos les otorga cierto grado de autonomía para no adherirse a otro núcleo familiar. La presencia de hijos solteros en el hogar nuclear también es un aspecto importante, porque puede indicar un mecanismo de apoyo intergeneracional en el que los padres con recursos económicos ayudan a los hijos, y viceversa (cuadro 3).

Algunas investigaciones han discutido ampliamente la idea del papel de la familia extensa como una estrategia de los hogares para la supervivencia de sus integrantes en épocas de crisis (Ariza y Oliveira, 2001, 2007; García y Rojas, 2002). En el caso de la población con 65 años o más, este argumento podría vincularse con aspectos relacionados con los cuidados en la vejez más que con una cuestión económica; esto es porque, independientemente de la recepción de ingresos, las proporciones de personas adultas mayores que residen en un hogar extenso son similares en las distintas condiciones de cobertura social (cuadro 3). No obstante, también existe la posibilidad de que la cohabitación no sólo se refiera a la dependencia de los padres con respecto a los hijos, sino también a la situación contraria, la dependencia de los hijos adultos en relación con los padres (Hakkert y Guzmán, 2004). Esto puede pensarse sobre todo cuando las personas envejecidas reciben ingresos o cuentan con activos físicos (casa, bienes); en el presente estudio no fue posible visualizar la tenencia de activos; no obstante, el hecho de que altas proporciones de adultos mayores vivan con sus hijos y otros no parientes apunta a que los hijos adultos no salen del núcleo

CUADRO 3
COBERTURA SOCIAL Y ARREGLOS FAMILIARES DE LA POBLACIÓN
CON 65 AÑOS O MÁS EN MÉXICO, 2006

| | <i>Pensión y seguro médico</i> | <i>Trabajo y seguro médico</i> | <i>Sin ingresos por pensión o trabajo</i> | <i>Sin seguro médico o seguro popular</i> | <i>Sin ingresos por pensión o trabajo/ Sin seguro médico</i> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--|
| <i>Nuclear</i> | 51.1 | 54.6 | 41.8 | 43.6 | 40.9 |
| Pareja sola | 24.3 | 26.4 | 15.6 | 19.5 | 16.6 |
| Pareja con hijos solteros | 18.8 | 22.4 | 10.7 | 14.2 | 11.1 |
| Jefe(a) con hijos solteros | 8.0 | 5.8 | 15.5 | 9.9 | 13.1 |
| <i>Extenso</i> | 32.2 | 29.7 | 32.7 | 32.9 | 33.3 |
| Pareja sin hijos y otros parientes | 5.2 | 5.3 | 3.0 | 3.5 | 3.0 |
| Pareja con hijos y otros parientes | 14.3 | 15.9 | 8.3 | 11.9 | 9.0 |
| Jefe(a) y otros parientes | 3.9 | 3.4 | 7.0 | 6.9 | 7.9 |
| Jefe(a) con hijos y otros parientes | 8.8 | 5.2 | 14.3 | 10.7 | 13.4 |
| <i>Compuesto</i> | 2.6 | 3.6 | 2.5 | 2.4 | 2.4 |
| Pareja sin hijos y otros no parientes | 0.5 | 0.7 | 0.3 | 0.9 | 0.1 |
| Pareja con hijos y otros no parientes | 1.0 | 1.8 | 0.5 | 0.1 | 0.6 |
| Jefe(a) con hijos y otros no parientes | 0.7 | 0.2 | 1.0 | 1.0 | 1.1 |
| Jefe(a) con otros parientes y no parientes | 0.5 | 0.8 | 0.7 | 0.4 | 0.6 |
| <i>Unipersonal</i> | 14.1 | 12.1 | 23.0 | 21.0 | 23.4 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2006.

familiar de origen, probablemente como una ayuda ante la carencia de su propia vivienda u otro tipo de apoyos (cuidados de los abuelos a los nietos, compartir gastos, etcétera).

Algunos estudios han observado que la cohabitación de las personas adultas mayores con no familiares se ha incrementado en los últimos lustros, e indican que esto podría ser el reflejo de la residencia de empleados que fungen como cuidadores de las personas en la vejez (Montes de Oca y Garay, 2010). Cuando se distingue por cobertura social y arreglo familiar, el hogar compuesto representa en general una baja proporción para la población con 65 años o más; es ligeramente mayor la proporción en este tipo de familias para quienes tienen trabajo y seguro (cuadro 3).

El arreglo unipersonal para la población adulta mayor ha ganado presencia en los últimos años; lo interesante de este tipo de hogares es que, al contrario de lo que se ha observado en otros países, donde se plantea que las personas con mejor posición económica viven solas (Ramos, 1994), en México hay una tendencia a que las personas de estratos más desfavorecidos se encuentren en este tipo de hogares (Montes de Oca y Garay, 2010). La tendencia anterior permanece cuando se distingue por cobertura social; las personas sin ingresos y/o sin seguro médico son las que se encuentran viviendo solas (cuadro 3). Es posible que esta población reciba algún tipo de transferencia y atención de los hijos que viven fuera del hogar o de otros familiares y amigos, pero también es cierto que no todos los adultos mayores que viven solos reciben apoyo y que su condición socioeconómica, junto con los deterioros en la salud, los colocan en una situación de vulnerabilidad.

La información presentada en el cuadro 3 muestra que las personas mayores más vulnerables son las que viven solas, ya que además de no contar con el soporte que la red familiar pudiera proporcionarles, muestran mayores porcentajes de desprotección en cuanto se refiere a ingresos y seguro médico. Independientemente de que en el interior de las familias puedan existir conflictos,

tensiones y fricciones, pareciera ser que para las personas mayores la cohabitación con miembros de su familia actúa como un elemento protector.

Lo anterior es consistente con otros estudios en los que se muestra que, en América Latina, la cohabitación sigue siendo un “factor de protección” para las personas mayores. Existen evidencias de que el índice promedio de bienestar material es mayor en arreglos residenciales en que éstas viven acompañadas, ya sea por el cónyuge (4.8), por algún hijo (5.4), por algún nieto (4.7), por algún otro pariente (5.7) o por algún no pariente (6.0), que en los hogares unipersonales (4.1) (Saad, 2005).

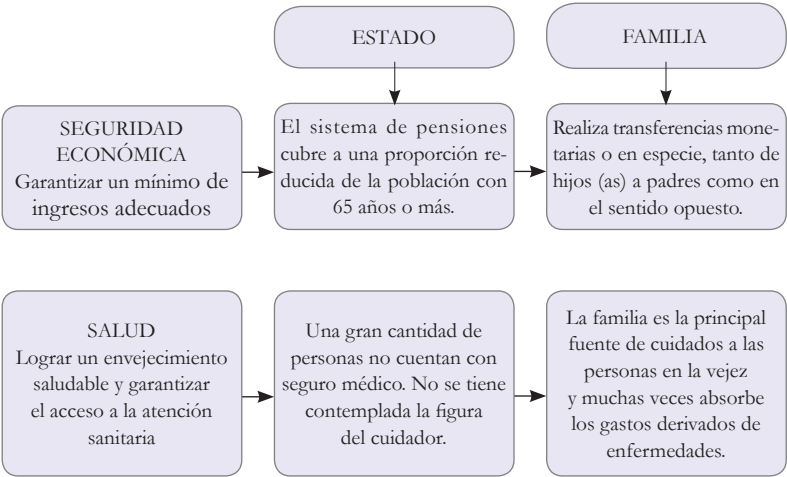
FAMILIA, ENVEJECIMIENTO Y POLÍTICAS SOCIALES: DISCUSIÓN Y PROPUESTA

Los cambios en las políticas hacia la población envejecida han sido relativamente recientes en América Latina; fue en la década de los años noventa cuando varios países iniciaron el diseño y la implementación de políticas dirigidas a las personas adultas mayores. Dentro de estos cambios ha habido un especial interés por tres áreas prioritarias: seguridad económica, salud y entornos favorables (CEPAL, 2003; Huenchuan, 2004). En materia de seguridad social, México cuenta con un sistema de pensiones con cotización, que es el que predomina actualmente, y sólo en algunas entidades del país se observan algunos esquemas de pensión sin cotización. No obstante, el régimen de pensiones no ha logrado cubrir en su totalidad a la población en edades avanzadas y más del 80% de la población adulta mayor no recibe ingresos después de su retiro laboral. Esto se conjuga con el disminuido acceso de las personas a los servicios de salud.

Además de las políticas sociales mencionadas para la protección social, el Estado ha emprendido algunas acciones para cubrir a la población envejecida en las áreas económica y de atención a la salud. Éstas se han materializado en programas

como 70 y Más, Oportunidades y Seguro Popular, entre otros. A través de estos programas se trata de otorgar apoyos económicos y acceso a servicios médicos a la población en edades avanzadas; sin embargo, no todos estos programas existen en el conjunto del país y tampoco logran cubrir del todo a las personas que más lo necesitan. Esto coincide con lo apuntado por especialistas de la CEPAL, quienes señalan que el respaldo público a los servicios sociales dirigidos a las personas mayores en América Latina continúa siendo débil (Huenchuan y Guzmán, 2007).

A lo largo de este documento se ha mostrado que, en México, en las dos primeras áreas (seguridad económica y salud) persiste un bajo nivel de cobertura. Si se pensara en términos de las acciones que tiene el Estado y las que asume la familia en la protección a las personas envejecidas, podría observarse que la responsabilidad del Estado es más bien una corresponsabilidad compartida con las familias, las cuales claramente se han encargado de cubrir algunas de las áreas prioritarias en el tema del envejecimiento que las políticas sociales no han logrado atender en su totalidad, como lo muestra el siguiente diagrama:



Fuente: Elaboración propia.

La seguridad económica que tengan las personas durante su vejez será determinante para que no sean dependientes económicos, pero también para mantener buenas condiciones de salud, recreación y una alta autopercepción. Desafortunadamente, el panorama mostrado nos da cuenta de una realidad en la cual los adultos mayores no se están ubicando de la mejor manera, en particular las mujeres. Lo anterior representa varios retos; uno de ellos ya ha sido señalado por diversos especialistas y se refiere a la reestructuración de los sistemas sociales para el retiro, que si bien es un aspecto fundamental, hay que tomar en cuenta que requiere acciones que se verán reflejadas en el largo plazo. Otro reto fundamental, y que puede ser llevado a cabo de manera más inmediata, tiene que ver con la mejora y la adaptación de las condiciones laborales en las que se encuentra la población con 60 años o más económicamente activa. Esto requiere los esfuerzos de instituciones públicas y privadas, así como de la misma sociedad, ya que si bien se hace necesaria la creación de empleos adecuados para este segmento de la población, también es importante que se realicen esfuerzos por crear una cultura de no discriminación hacia estas personas.

Por su parte, las limitaciones de los servicios de salud a la población adulta mayor son preocupantes, sobre todo si se toma en cuenta que, en México, el 46% de las personas de 60 y más años manifestó padecer cinco o más enfermedades (Saad, 2003). Además, en el interior del colectivo de los adultos mayores, son los más envejecidos y las mujeres quienes presentan mayores prevalencias de morbilidad. Los padecimientos crónicos y degenerativos, además de ser más costosos que los infecto-contagiosos, tarde o temprano demandan la atención de cuidados. Por otro lado, aunque las discapacidades no son necesariamente enfermedades, en edades avanzadas muchas de ellas provienen de padecimientos crónicos y degenerativos, y representan un reto en la atención a la salud.

Tanto la enfermedad como la discapacidad de la población envejecida tienen impactos en la calidad de vida de las personas

mayores y de quienes las rodean, ya que potencialmente pueden traducirse en demandas de cuidado. A diferencia de otros países,⁶ México no cuenta aún con un sistema de carácter legal que enfatice el cuidado como un derecho de las personas adultas mayores. Pero más allá de una ley, un programa o una política, lo cierto es que los cuidados son algo inevitable durante los distintos periodos de la vida de una persona y por esa misma razón siempre existe alguien que se encarga de proveer este tipo de atención; básicamente, es la familia quien lo asume. Esto, de acuerdo con Leticia Robles (2003), representa para muchos cuidadores la necesidad de transformar su trayectoria laboral o de renunciar a dicha esfera, lo que hace aún más precaria la situación económica de la familia, sobre todo en sectores empobrecidos. Además, se ha documentado que aunque los cuidadores hagan esta tarea con amor, no deja de ser una experiencia pesada (Robles, 2003); incluso, muchos de ellos pueden desarrollar el síndrome del *burn out* (Swagerty y Takahashi, 1999; Montoya, 1997; Rubio, 2005; González y Salgado, 2006), el cual les produce agotamiento, sobrecarga e irritabilidad.

Ante la falta de apoyos gubernamentales, la familia se ha convertido en la instancia más inmediata a través de la cual las personas mayores tratan de afrontar sus necesidades tanto de atención a la salud como de ingresos. Si bien es cierto que en México, se ha hipotetizado, los flujos de ayuda familiar no obedecen solamente a la ausencia de soporte institucional (Wong, 2003), e incluso se ha evidenciado que la ayuda ofrecida por la red familiar para realizar Actividades Funcionales de la Vida Diaria (AFDV) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) es superior a la demanda (Saad, 2003), la familia representa una

⁶ En países como Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela, está establecido en sus respectivas constituciones el derecho al cuidado de las personas adultas mayores (Huenchuan, 2004).

fuente de apoyo paralela a otras instancias de apoyo y en algunos casos es la fuente más importante de soporte, sobre todo en países con sistemas de protección débiles, como México.

En este sentido, el Estado como actor del bienestar para este colectivo desempeña un rol coestelar al lado de la familia. La CEPAL considera que en América Latina, ante el papel secundario que el Estado ha asumido en la atención a la población envejecida, el soporte económico y de cuidado ha pasado a ser responsabilidad de las familias de ésta (CEPAL, 2000). Incluso, esta situación se refleja en el imaginario de los mexicanos, quienes identifican a la familia como la principal responsable del bienestar de las personas mayores. Sandra Huenchuan (s/f), con datos de la encuesta Latinbarómetro 2006, muestra que en México cerca del 60% de los encuestados piensa que la principal responsable del bienestar de las personas mayores es la familia, luego el individuo (poco más de 20%) y en menor medida el Estado (15%).

Quizá esta ideología ha contribuido significativamente para que en nuestro país permanezca una tendencia de cuidados familiares hacia este grupo etario. Tal como se ha mostrado en secciones anteriores de este documento, la familia continúa siendo una fuente importante de contención y apoyo. Sin embargo, cambios demográficos, como la disminución de la fecundidad, cuestionarán en un futuro inmediato la capacidad de ésta como principal agente proveedor de soporte para las personas mayores. De acuerdo con la CEPAL (2003), esta transformación traerá consigo la reducción del tamaño de la red de apoyo familiar. Además, otras condiciones económicas y sociales, así como aspiraciones personales, están coadyuvando para que las mujeres, quienes típicamente cuidaban y/o asistían a las personas mayores, se alejen progresivamente de esas tareas (Saad, 2005; Huenchuan, 2009).

La atención a la salud de las personas mayores tiene que repensarse sobre una base más amplia. Si bien las incapacidades para realizar actividades instrumentales y funcionales de la vida

diaria no son enfermedades en sí mismas, sí representan disminución en la calidad de vida de las personas mayores. Además, la atención a la salud no consiste solamente en proveer medicamentos y consulta médica, es necesario analizar que muchos de los padecimientos crónicos y/o degenerativos se traducen en condiciones de discapacidad. Otro aspecto fundamental en la salud de las personas mayores es el que tiene que ver con los cuidados y los cuidadores; se debe comenzar a pensar en una estrategia para evitar el desgaste de las familias por el cuidado de sus viejos, tanto en los aspectos físicos y emocionales como en los económicos.

Por todo lo anterior, y teniendo como eje dos de las áreas prioritarias mencionadas como estrategias para un plan de acción sobre el envejecimiento, aquí se ponen sobre la mesa de discusión los siguientes aspectos en torno a los cuales se debería reflexionar para elaborar políticas sociales en la vejez:

- Empleos para personas en edades avanzadas.
- Además de la incorporación al sistema de salud de la población adulta mayor, también se debe mejorar la calidad de los servicios, pues las limitaciones en la infraestructura y el personal de las instituciones de salud hacen que se cuente con mayor demanda pero igual oferta.
- Incorporar en la lista de medicamentos otorgados por el sistema de salud aditamentos necesarios cuando las personas tienen algún tipo de discapacidad, como sillas de ruedas, muletas, andaderas, pañales, bastones, etcétera.
- Especial atención deberá recibir la creación de un sistema de cuidado para las personas mayores en estadios de dependencia incipiente y avanzada.
- Reconocer y apoyar a los cuidadores en la atención a la salud.
- Dejar de visualizar políticas individuales y contemplar a los hogares como agentes con necesidades propias. Al igual que en el caso de los hogares con jefatura femenina, en los

cuales se otorgan apoyos de distinta índole, es importante seguir esta misma línea en las familias de adultos mayores (sean hogares familiares o no familiares) con necesidades económicas y/o de salud.

El hecho de reflexionar sobre las políticas sociales dirigidas a la población adulta mayor en la actualidad no quiere decir que las existentes no sean de utilidad; lo que es evidente es que no logran abarcar en su totalidad a la población adulta mayor y que las familias han tenido que “incorporarse” a ese proceso para hacer frente a la necesidades inmediatas de sus familiares envejecidos. Es por ello que se hace necesario pensar en que las familias no son una fuente inagotable de recursos ni económicos ni de cuidados. En el marco de la transición demográfica, en la que se visualiza un mayor envejecimiento de la población y bajas tasas de fecundidad, es posible que la familia deje de ser un mecanismo de apoyo para la solidaridad intergeneracional; es por ello que desde ahora se deben de plantear estrategias que permitan atender las necesidades de la población envejecida en la actualidad y de la que se aproxima en el futuro cercano. Dado que hasta hoy es la familia la que principalmente está absorbiendo los costos y riesgos que provienen del cuidado de la población envejecida, es urgente pensar en soluciones que involucren tanto al Estado como a la familia, ya que un solo agente difícilmente podrá hacer frente a este desafío. De seguir la tendencia a concentrar únicamente en la familia el cuidado ante la carencia de ingresos y/o la pérdida de funcionalidad de las personas mayores, es probable que las redes familiares de estas últimas enfrenten serios procesos de vulnerabilidad.

REFLEXIONES FINALES

En este trabajo se ha mostrado la relación de la condición de cobertura social de las personas con 65 años o más con el tipo de

hogar en el que residen. El panorama observado indica que la familia sigue siendo un mecanismo de solidaridad intergeneracional cuando las personas adultas mayores carecen de cobertura social o la tienen limitada. Sin embargo, existen aspectos que aproximan la idea de cambios importantes en los apoyos familiares; por ejemplo, a pesar de la ausencia de ingresos, por pensión o trabajo de la población envejecida, el hogar nuclear predomina sobre el arreglo extenso. Lo anterior hace suponer que cuando los padres no cuentan con ingresos, los hijos prefieren realizar transferencias económicas, pero no de cuidado y atención, sobre todo cuando la pareja vive sola. De ser así, esto último podría estar reflejando la tendencia de los hijos a no residir con los padres que se muestra en países desarrollados; sin embargo, la dificultad es que en países como México, donde los sistemas de seguridad social son débiles, la cohabitación, que suele ser el mejor mecanismo para aliviar las carencias de la población en edades avanzadas, puede verse afectada.

Otro aspecto importante que se debe destacar en los arreglos familiares es que, en las condiciones más precarias (sin ingresos y/o sin seguro médico), la población adulta mayor vive sola. De nuevo podría pensarse que existe una desvinculación familiar en términos de los beneficios que puede traer en edades avanzadas la cohabitación en lo referente a los cuidados requeridos por la población adulta mayor.

En relación con las políticas de cobertura social en México, se puede decir que el panorama futuro no es muy alentador; por una parte, existe una baja o nula generación de empleos asalariados con acceso a aseguramiento y cotizaciones para recibir un ingreso después del retiro laboral. En ese sentido, independientemente del arreglo familiar en el que se ubiquen las personas adultas mayores, se debería comenzar por plantear políticas sociales dirigidas a las familias pues, a pesar de que no siempre la cohabitación implica relaciones equitativas y sin conflicto, hasta ahora el hogar ha funcionado como un mecanismo de apoyo fundamental para las personas en su vejez, no sólo ayudando

económicamente sino también en la atención y cuidados. Esto no quiere decir que exista un ideal de la familia como protectora y solucionadora de problemas, pero sí como una forma de apoyo de los hijos a los padres, y viceversa, pues dadas las condiciones sociales en las que se encuentra la población general y la más vieja en particular, la residencia de varias generaciones bajo un mismo techo parecería una forma eficaz para reducir gastos y compartir cuidados entre generaciones (hijos a padres, abuelos a nietos, etc.) en el futuro. Además, una política social familiar contribuirá a evitar el debilitamiento de los apoyos intergeneracionales ocasionado por la imposibilidad de las generaciones más jóvenes para otorgar transferencias económicas a sus familiares adultos mayores y por el desgaste económico, físico y emocional de los cuidadores de los más viejos.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIZA, M. y O. DE OLIVEIRA (2001). “Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición”. *Papeles de Población* 28: 9-39, abril-junio. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- ARIZA, M. y O. DE OLIVEIRA (2007). “Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 22 (1): 9-42, enero-abril. México: El Colegio de México.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2005). “Indicadores demográficos básicos”. Disponible en línea en <www.conapo.gob.mx>. Consultado el 3 de agosto de 2010.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2005b). “El envejecimiento de la población en México”. Disponible en línea en <www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>. Consultado el 24 de septiembre de 2010.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL) (2000). *Panorama Social de América Latina, 1999-2000*. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas.

- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL) (2003). “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas”. *Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas.
- GARCÍA, B., y O. ROJAS (2002). “Los hogares latinoamericanos durante la segunda mitad del siglo XX: una perspectiva socio-demográfica”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 50: 261-288, mayo-agosto. México: El Colegio de México.
- GONZÁLEZ, M.G., y S. NELLY (2006). “El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza”. En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, compilado por Nelly Salgado y Rebeca Wong (editoras), 120-134. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- HAKKERT, R., y J.M. GUZMÁN (2004). “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina”. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, compilado por Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coordinadoras). México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.
- HAM, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Miguel Ángel Porrúa/El Colegio de la Frontera Norte.
- HELPAge INTERNATIONAL (2002). “El envejecimiento global”. En *Estado mundial de las personas mayores 2002*, 2-32. Londres: HelpAge International.
- HUENCHUAN, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL.
- HUENCHUAN, S. (2009). “Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores”. Seminario regional Las

- Familias Latinoamericanas Interrogadas. Hacia la Articulación del Diagnóstico, la Legislación y las Políticas. Santiago de Chile: CEPAL.
- HUENCHUAN, S. (s/f). “Envejecimiento de la población y sus impactos en los sistemas de cuidados” (en línea). Santiago de Chile: CELADE-División de Población de la CEPAL. Disponible en <<http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/4/32254/SandraHuenchuan.pdf>>. Consultada el 1 de noviembre de 2010.
- HUENCHUAN, S., y J.M. GUZMÁN (2006). *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas*. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.
- HUENCHUAN, S., y J.M. GUZMÁN (2007). “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas”. *Revista Notas de Población* 83. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL.
- LÓPEZ RAMÍREZ, A. (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1970-1997*. México: Consejo Nacional de Población.
- MONTES DE OCA, V. (1995). “Envejecimiento en México. Condición social y participación económica de la población con 65 años y más en la Ciudad de México”. Tesis de maestría. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano-El Colegio de México.
- MONTES DE OCA, V. (2004). “Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar”. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, compilado por Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coordinadoras), 519-563. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.
- MONTES DE OCA, V. y S. GARAY (2010). “Familias, hogares y vejez: cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992-2006”. En *Procesos*

- y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006*, compilado por Ana María Chávez Galindo y Catherine Menkes Bancet (coordinadoras). México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- MONTES DE OCA, V., y S. GARAY (2010b). "Living Arrangements and Old People: Changes and Determinants of Older Persons in Regions on Mexico, 1992-2000". Ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Dallas, Texas, del 15 al 17 de abril.
- MONTOYA, V. (1997). "Understanding and Combating Elder Abuse in Hispanic Communities". *Journal of Elder Abuse and Neglect* 9 (2): 5-17.
- PARTIDA BUSH, V. (2005). "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". *Papeles de Población* 11 (45): 9-27, julio-septiembre. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios de la Población.
- PEDRERO NIETO, M. (1999). "Situación económica en la tercera edad". *Papeles de Población* 5 (19): 77-101, enero-marzo. Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios de la Población.
- RAMOS, L. (1994). "Family Support for the Elderly in Latin America: The Role of the Multigenerational Household". En *Ageing and the Family. Proceedings of the United Nations. International Conference of Aging Populations in the Context of the Family* 66-72. Nueva York: Organización de Naciones Unidas-Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.
- RIBEIRO, M. (2004). *Hacia una política social de la familia*. México: Senado de la República.
- ROJAS, G., y O. ULLOA (2002). "Seguridad social en México: presente y futuro". En *Temas selectos de salud y derecho*, compi-

- lado por Marcia Muñoz de Alba (coordinadora), México: UNAM.
- ROBLES, L. (2003). “Género, pobreza y cuidado: la experiencia de mujeres cuidadoras pobres urbanas”. En *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*, compilado por Nelly Salgado y Rebeca Wong (editoras), 123-151. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- RUBIO, R. (2005). “Maltrato en mayores: factores de riesgo” (en línea). En *La violencia en la familia, escuela y sociedad*. Santiago de Chile: Universidad Internacional SEK. Disponible en <http://www.uisek.cl/prevencionviolencia/documentacion/Maltrato_en_Mayores-Factores_de_Riesgo.htm>. Consultada el 12 de marzo de 2007.
- SAAD, P. (2002). “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SAVE”. *Revista Notas de Población* 77: 175-217. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL.
- SAAD, P. (2005). “Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales”. *Revista Notas de Población* 80: 127-154. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL.
- SWAGERTY, D., y P. TAKAHASHI (1999). “Elder mistreatment”. *American Family Physician*. Disponible en línea en <<http://www.aafp.org/afp/990515ap/2804.html>>. Página consultada el 12 de marzo de 2007.
- SOLÍS, P. (2001). “La población en edades avanzadas”. En *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, compilado por José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coordinadores), 835-869. México: Conapo/FCE.
- VIZCAÍNO, J. (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Herder.

- WONG, R. (2003). “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México”. *Papeles de Población* 37: 129-166, julio-septiembre. Universidad Autónoma del Estado de México-Centro de Investigación y Estudios de la Población.
- WONG, R., y M. ESPINOZA (2003). “Bienestar económico de la población de edad media y avanzada en México: primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL, del 9 al 12 de diciembre de 2002.

APORTES DEL APOYO SOCIAL
EN EL DELINEAMIENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA LAS PERSONAS MAYORES

Claudia J. Arias

INTRODUCCIÓN

El apoyo social ha sido un tema ampliamente abordado, tanto en la investigación como en la intervención con personas mayores. Disponer de recursos de apoyo social tanto informales como formales que sean adecuados y suficientes contribuye a mejorar la calidad de vida en la vejez. Las investigaciones realizadas han aportado una amplia evidencia respecto a su relación con el bienestar biopsicosocial, razón por la cual la disponibilidad y el fortalecimiento de los apoyos sociales han sido incluidos entre los principales objetivos, estrategias, planes y recomendaciones internacionales dirigidos a la población mayor, y se han planteado más fuertemente sus posibilidades para dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que aparecen con el envejecimiento poblacional (Arias, 2008). Si bien el proceso de envejecimiento muestra importantes diferencias entre los países de América Latina —mientras que algunos presentan un envejecimiento avanzado o moderadamente avanzado, en otros es sólo moderado e incluso incipiente (Celade, 2009; Huenchuan, 2009)—, su profundización en las últimas décadas y el ritmo más acelerado en comparación con los países más desarrollados se presentan como características generales a nivel regional. Por esta razón, se dispondrá de tiempo escaso para desarrollar programas

gerontológicos y geriátricos que puedan dar respuesta a una gran demanda de servicios sociales y fortalecer la seguridad social y los apoyos (Montes de Oca, 2003). Sin duda, el envejecimiento poblacional configura nuevos escenarios y plantea desafíos que implicarán cambios y readecuaciones tanto en los apoyos informales como en los formales, y requerirá un profundo análisis que incorpore la mirada de diversas disciplinas acerca del impacto que producirá en el corto, el mediano y el largo plazo, así como la formulación de políticas que anticipen los desafíos y respondan a las nuevas y cambiantes necesidades. El marcado crecimiento del grupo de los adultos mayores de edad más avanzada, el incremento de los hogares unipersonales en dicho grupo etario, así como la mayor incidencia de discapacidades y dependencias que requerirán cuidados de largo término son ejemplos claros de lo expuesto anteriormente. Como respuesta a las situaciones expuestas, se requerirá el fortalecimiento de los apoyos tanto formales como informales y una complementación y articulación flexibles entre ambos. A continuación se definirá el apoyo social y sus diversas fuentes, y se expondrán las posibilidades de intervención en distintos niveles. Hacia el final se analizarán las necesidades actuales y la contribución del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas orientadas a las personas mayores en los países de América Latina.

EL APOYO SOCIAL. FUENTES FORMALES E INFORMALES

El apoyo social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en la década de 1970. Si bien diversos autores ya habían resaltado, con anterioridad, la importancia de las relaciones sociales para entender el comportamiento humano, fue en esa época cuando se produjo una revaloración de las redes de apoyo y se consolidó el movimiento de salud mental comunitaria (Gracia Fuster, 1997). Desde sus orígenes, el modelo del apoyo social tuvo una fuerte tradición antropológica y se centró funda-

mentalmente en el estudio de quienes se encontraban en desventaja social o que sufrían diversas prácticas de discriminación. Entre esos estudios se pueden mencionar los trabajos realizados con migrantes, sectores populares, desocupados, madres solteras, personas con discapacidades, enfermos mentales y crónicos, adictos y adultos mayores. La temática del apoyo social ha sido incorporada ampliamente en diversas disciplinas y se han desarrollado y aplicado variadas prácticas de índole preventiva y terapéutica tanto en el abordaje de familias como de grupos, instituciones y comunidades; es de resaltar su utilidad para la resolución de situaciones críticas (Elkaim, 1989; Speck y Atteneave, 1974), el cambio, el desarrollo, los procesos de autogestión comunitaria (Dabas, 1993), y se ha enfatizado su potencialidad en cuanto a recursos y alternativas creativas de solución.

El apoyo social se define como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández Ballesteros *et al.*, 1992: 177). Puede provenir de variadas fuentes, tanto de tipo formal como informal. Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) plantean que los apoyos formales pueden pertenecer al ámbito público o privado, poseen una estructura burocrática y objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas. Los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios de diversa índole (servicios públicos, seguridad social y salud) donde trabajan profesionales o voluntarios. La disponibilidad de este tipo de apoyo se vincula con el nivel de institucionalidad existente en un territorio determinado. Por otra parte, los apoyos proporcionados por fuentes informales corresponden a las redes personales (tanto vínculos familiares como no familiares) y a las comunitarias que no estén estructuradas como programas de apoyo.

Los dos tipos de apoyo son importantes y necesarios, pero en muchos casos la intervención exclusiva o escasa de alguno de

ellos o la participación desbalanceada de ambos puede brindar una respuesta insuficiente o inadecuada. Gracia Fuster (1997) señala la imposibilidad de satisfacer la totalidad de las necesidades humanas, y especialmente las de las poblaciones más vulnerables, a través de instituciones y servicios profesionales y destaca la importancia de la utilización de redes informales de apoyo como alternativas de intervención. Como se analizará más adelante, a la hora de responder a determinadas problemáticas de las personas mayores, la posibilidad de actuación conjunta y coordinada de las fuentes de apoyo formales e informales es deseable, aunque compleja.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento destacó la responsabilidad de los gobiernos de prestar servicios sociales básicos acordes a las necesidades específicas de las personas de edad y propuso el trabajo con

las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las propias personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades (Naciones Unidas, 2002: 10).

También se ha resaltado la importancia de fortalecer la estructura y la ejecución de programas sociales por parte del Tercer Sector a través del fortalecimiento y otorgamiento de subvenciones públicas a las organizaciones no gubernamentales (Gil Gálvez, 2005) y el desarrollo de redes horizontales que posibiliten la participación activa y solidaria de los adultos mayores. Estas redes constituyen un instrumento útil tanto para satisfacer diversas necesidades, como la autoestima, y la participación, y pertenencia, como para “enfrentar la crisis, recuperar la confianza y asistir a otros mayores más vulnerables” (Gascón, 2002).

De manera reiterada se ha planteado la necesidad de desarrollar iniciativas para lograr una complementación entre los apo-

yos formales e informales de los adultos mayores (Gracia Fuster, 1997; Celade, 2002; Gascón, 2002; Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002). J. M. Guzmán, S. Huenchuan y V. Montes de Oca (2002) plantean que el cumplimiento de una vejez activa, con independencia económica y sin discapacidades, requiere que el Estado asuma un rol activo en mejorar las condiciones de vida y que se potencien las redes informales y los apoyos familiares. Refiriéndose a este tema, señalan que las políticas pueden ser de gran utilidad si permiten y amplían “las posibilidades de que el sistema formal sea complementado por el informal y se aproveche su enorme potencial” (2002: 24). El trabajo para lograr una mejor articulación entre las fuentes formales e informales de apoyo social, así como la posibilidad de renegociar el equilibrio entre la responsabilidad pública y privada en la provisión de servicios de ayuda, constituyen una tarea sumamente importante (Gracia Fuster, 1997). Sin embargo, se ha señalado reiteradamente que entre ambos tipos de fuentes de apoyo social existen amplias diferencias y puntos de conflicto (Froland *et al.*, 1981; Gottlieb, 1983; Gracia Fuster, 1997), ya que poseen modos de funcionamiento y culturas diferentes.

NIVELES DE INTERVENCIÓN DESDE EL APOYO SOCIAL

A partir del modelo teórico del apoyo social se pueden diseñar e implementar políticas orientadas al logro de los objetivos establecidos en la estrategia regional en lo referido a las tres áreas prioritarias: el desarrollo y los adultos mayores, el fomento de la salud y el bienestar, y la creación de entornos propicios y favorables. Las posibilidades que brinda dicho modelo para el diseño de intervenciones son extremadamente variadas y pueden proporcionar uno o varios tipos de apoyo: económico, social, práctico, de orientación cognitiva y consejo e incluso emocional. A la vez, es posible tanto el abordaje de problemáticas que caracterizan a una vejez frágil (abandono, aislamiento social, disrupción

de redes, pobreza, dependencia, inmovilidad, internaciones frecuentes, pluripatología, déficits cognitivos severos, entre otras), como el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud. Además, en todos los casos, el trabajo desde el apoyo social produce beneficios adicionales. Según Gracia Fuster (1997), las intervenciones que se basan en el apoyo social sitúan a los involucrados en el problema como protagonistas del cambio y de este modo propician la autoconfianza y la competencia. Asimismo, a través de la realización de actividades conjuntas de ayuda y de colaboración promueven la solidaridad y la pertenencia comunitarias.

Las intervenciones pueden efectuarse desde los niveles micro, como el trabajo individual con un adulto mayor que presenta una problemática determinada, hasta el macro, como la formulación y ejecución de políticas públicas desde los organismos de gobierno correspondientes. Es decir, puede trabajarse a nivel comunitario, institucional, grupal e individual y con distintos fines: promoción de la salud, prevención o asistencia (Arias, 2006).

En la comunidad pueden desarrollarse programas de intervención dirigidos al entorno social próximo o al entorno social distante (Fernández Ballesteros *et al.*, 1992). En el primer caso se pretende fundamentalmente fomentar las relaciones sociales próximas del adulto mayor: familia, vecindario, comunidad, con el objetivo de que permanezca en su comunidad de residencia. En este tipo de programas se encuentran los dirigidos a la educación y el entrenamiento de familiares, y su objetivo consiste en que adquieran habilidades e información sobre aspectos relevantes del proceso de envejecimiento, los diseñados para el trabajo con los cuidadores y los orientados al vecindario que apuntan a movilizar las redes sociales de la comunidad en la que reside la persona de edad.

Entre los programas de intervención dirigidos al entorno social distante podemos mencionar los de voluntariado, que pre-

tenden la creación de lazos sociales y los grupos de apoyo mutuo y autoayuda caracterizados por la reciprocidad de la ayuda (Fernández Ballesteros *et al.*, 1992). Si bien este tipo de dispositivos serán desarrollados en el nivel de intervención grupal, cabe destacar que pueden ser utilizados en otros niveles de intervención como recurso para obtener los objetivos propuestos al trabajar con una institución o comunidad. Con respecto a estos programas, se dispone de datos de experiencias ya realizadas de servicios domiciliarios, viviendas protegidas, centros de día, promoción, educación y formación de apoyos informales, unidades de apoyo en el vecindario, etcétera.

En el nivel institucional es posible apuntar a la articulación entre las redes formales e informales, trabajando en la “apertura” de las residencias para mayores en una doble dirección: propiciando que los adultos mayores sigan participando activamente en la vida familiar y comunitaria, y hacia dentro, estimulando la incorporación de familiares, amigos u organizaciones de diversa índole que puedan vincularse con los residentes y con la residencia (Rodríguez Rodríguez, 1995).

Las intervenciones pueden orientarse a fortalecer las relaciones con los familiares y amigos, así como a fomentar el establecimiento de vínculos de intimidad en el interior de la residencia. En este sentido es importante considerar a los profesionales de la salud y al personal de servicio que trabaja en las residencias como un recurso social de importancia, ya que muy frecuentemente son incluidos como proveedores de apoyo y suelen ocupar un lugar central en la vida de los adultos mayores que viven en ellas (Arias, 2004).

El trabajo conjunto de la institución, la familia y la comunidad posibilita la articulación de las fuentes de apoyos formales e informales y prioriza la inclusión de los propios adultos mayores como factor clave en el logro de los objetivos propuestos. A su vez puede trabajarse en el interior de centros de atención especializados y en centros de día, entre otros.

En el nivel grupal se pueden plantear grupos de apoyo y de autoayuda de adultos mayores, así como de los familiares, cuidadores y profesionales que trabajan con ellos. Los grupos de apoyo son dispositivos iniciados y coordinados por profesionales con un fin en particular. Según Gracia Fuster (1997: 45),

las metas de los grupos de apoyo son incrementar las habilidades de afrontamiento de sus miembros (mediante el refuerzo positivo, la empatía y el apoyo), la mejora de las habilidades y de la comprensión personal y la educación (mediante el *feedback*, orientación y guía).

Estos grupos suelen ser de composición bastante homogénea, ya que sus integrantes poseen problemas comunes. Se basan en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares. Los grupos de educación para pacientes, los de transición (situaciones de crisis y pérdidas), los psicoeducacionales y los de crecimiento personal son ejemplos de este tipo de dispositivos terapéuticos basados en el apoyo social (Gracia Fuster, 1997).

Los grupos de autoayuda son organizados y coordinados por sus propios miembros sin intervención profesional. Se originan de manera autogestiva en contextos de desintegración social y frente a la insuficiencia de las respuestas brindadas por los sistemas de ayuda profesional ante determinadas problemáticas. Estos dispositivos valorizan positivamente los recursos de un colectivo social; sus componentes básicos son: la mutualidad y la reciprocidad entre semejantes, las experiencias comunes en su trayectoria vital, el compromiso individual del cambio, la autorresponsabilidad y el control social del grupo. Este tipo de dispositivo brinda: a) información, consejo y educación; b) reestructuración cognitiva (cambio de la percepción y comprensión de los problemas); c) socialización; d) acción conjunta, y e) promoción de los sentimientos de control, autoconfianza y autoestima (Gracia Fuster, 1997).

En el nivel de intervención individual se realiza la valoración de cada caso, la reconstrucción de su historia de vida y de los

recursos de apoyo social formal e informal de los que dispone. La evaluación y el mapeo de la red aportan conocimiento anticipado de las posibilidades funcionales de una red de apoyo para enfrentar situaciones de crisis que suele sufrir el adulto mayor y aporta elementos que pueden ayudar a diseñar alternativas de intervención adecuadas para cada caso particular. El conocimiento anticipado de esos recursos para hacer frente a enfermedades crónicas degenerativas, el ingreso a una residencia para adultos mayores, intervenciones quirúrgicas, cuidados postoperatorios, tratamientos de costo elevado, externaciones, discapacidades, dependencias, cuidados especiales, etc., brindan elementos que pueden ayudar a diseñar, en conjunto con las personas de edad y sus familiares, alternativas de acción adecuadas para cada caso particular. Sin embargo, la valoración de los apoyos sociales formales e informales disponibles no sólo es de utilidad para diseñar estrategias dirigidas al cuidado o la asistencia de los adultos mayores, sino fundamentalmente para la prevención y la promoción de la salud, brindando oportunidades de participar e integrarse en diversas actividades sociales y comunitarias, de reconstruir vínculos, de permanecer en sus hogares, de mantener su independencia funcional, entre otras posibilidades. En síntesis, el trabajo desde el apoyo social fortalece y revaloriza a las personas de edad implicándolas de manera protagónica en el logro de entornos favorables que mejoren su calidad de vida.

Esta valoración permitirá no estandarizar las intervenciones sino, por el contrario, pensarlas “a la medida” de cada situación particular. La evaluación individual de los recursos de apoyo, tanto formales como informales, de los que dispone el adulto mayor permitirá desarrollar estrategias de intervención adecuadas a cada caso particular.

Por otra parte, la evaluación de la red en distintos momentos permite realizar un seguimiento de los cambios que se producen en ella, tanto en lo que respecta a los vínculos que se incorporan como a los que van perdiendo intensidad y se van corriendo

hacia los bordes hasta desaparecer del mapa de la red. A modo de ejemplo, la valoración y el mapeo de la red antes y después del ingreso a una residencia permiten identificar a los adultos mayores que poseen redes insuficientes, posibilita la intervención precoz orientada a la reconstrucción de la red de apoyo social, así como el diseño de actividades que apunten a la promoción de la salud de las personas que poseen redes suficientes.

La incorporación de nuevos vínculos reviste tal importancia que en algunos casos la inclusión de tan sólo una única relación puede producir un cambio radical en la percepción subjetiva de bienestar. Para las personas que se encuentran aisladas socialmente, que carecen de vínculos que les otorguen apoyo social y tienen sentimientos de mucha angustia, el establecimiento de un vínculo de intimidad, en general la conformación de una pareja o el establecimiento de un fuerte vínculo de amistad modifica notablemente su estado de ánimo y mejora su situación de vida. Los relatos de personas que han vivido dicha experiencia hacen referencia constante al antes y al después del establecimiento de dicha relación y al aumento del bienestar subjetivo (Arias, 2004). A continuación mostraré la importancia de la red de apoyo social en la vejez analizando variados hallazgos de investigación acerca de su relación con aspectos del bienestar, así como de su composición y tamaño variables en la vejez.

LA RED DE APOYO SOCIAL.

HALLAZGOS DE INVESTIGACIONES RECIENTES

La red de apoyo social forma parte de los apoyos informales y está conformada por el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan apoyo social en alguna o varias de sus formas: emocional, compañía social, ayuda práctica, ayuda económica y orientación cognitiva o consejo.

Las evidencias del efecto positivo de las redes suficientes y funcionales sobre el bienestar biopsicosocial de los adultos ma-

yores son muy extensas y variadas. Existe un amplio consenso acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el estado funcional de los adultos mayores (Liu, Liang y Gu, 1995; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996 *et al.*, 1999) y el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Mendes de Leon *et al.*, 1999). Se ha comprobado que poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud (Sutherland y Murphy, 1995; Di Iorio *et al.*, 1999), así como el riesgo de mortalidad posterior al alta (Irvine *et al.*, 1999). Asimismo, J.M. Gaete, I.J. Rivera y H. Roman (2009) hallaron que la densidad y la cohesión de las redes sociales tienen una influencia positiva sobre la auto-percepción de salud de los adultos mayores dependientes.

Con respecto a la relación de las redes sociales y el bienestar psicológico, variados estudios han mostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los adultos mayores que viven en hogares particulares (Antonucci, Fuhrer, y Dartigues, 1997; Forsell y Winblad, 1999; Chou y Chi, 2001; Peirce, 2000; Vanderhorst y McLaren, 2005) como en el de los que viven en residencias para mayores (Doyle, 1995). Por otra parte, las personas de edad que presentan déficits en lo que respecta a sus redes de apoyo han mostrado una mayor tendencia al abuso de drogas (Allard, 1995; Warren, Stein y Grella, 2007) y de alcohol (Brennan y Moos, 1990; Schonfeld y Dupree, 1991) y se ha identificado la insatisfacción con respecto al apoyo social del cual se dispone como una de las variables predictoras de la ideación suicida en los adultos mayores (De Leo y Ormskerk, 1991; Mireault y De Man, 1996; Vanderhorst y McLaren, 2005).

De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital (Muchnik, 1984; Levit, 1986; Aquino, 1996; Arias, 2004; Bishop, Martin y Poon, 2006; Yoon y Lee, 2007; Phillips, 2008), así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales (Prince-Paul, 2008).

Si bien los hallazgos de investigación muestran ampliamente la importancia de la red de apoyo social en la vejez, así como sus implicancias sobre el bienestar y la salud integral, como lo he planteado, durante mucho tiempo existió un amplio consenso acerca de las limitaciones y carencias que presentaban las redes de los adultos mayores.

Si bien la red y los atributos de los vínculos que la integran se modifican a lo largo de toda la vida, se ha considerado que en ciertas etapas —niñez y adolescencia— se produce principalmente la incorporación de nuevos vínculos y, por lo tanto, la red crece y se expande; en la adultez las relaciones se estabilizan y en la vejez las pérdidas son tan frecuentes y recurrentes que la red sufre serias alteraciones (Sluzki, 1996).

Sin embargo, los estudios recientes orientados a la evaluación de las redes de apoyo social en los adultos mayores no han confirmado su insuficiencia como un hecho generalizado y propio de esta etapa de la vida. Por el contrario, han mostrado una muy amplia variabilidad al respecto; pueden observarse entre los adultos mayores casos en los que la red reduce su tamaño, se distribuye irregularmente, se homogeneiza y pierde funcionalidad, así como redes de niveles estructurales y funcionales medios y elevados. En un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata se evaluaron exhaustivamente las redes de apoyo social de 105 adultos mayores de tres tipos de hogar (unipersonal, familiar y residencias para mayores), y se observó que las redes variaban muy ampliamente en tamaño (desde un mínimo de un miembro hasta un máximo de 21), aunque las que poseían muy escasos miembros fueron poco frecuentes y la gran mayoría eran de tamaño medio o elevado. Dichas redes también fueron muy diversas en su nivel de funcionalidad, en el número de relaciones que brindaban cada una de las funciones de apoyo, en el nivel de intimidad, la frecuencia de contacto, la multidimensionalidad, el nivel de suficiencia total y su composición por tipos de vínculos.

En una investigación realizada en Estados Unidos se seleccionó una muestra representativa a nivel nacional que superaba los 3000 casos y se comparó el tamaño de la red de apoyo social en personas de tres grupos de edad: de 57 a 64 años, de 65 a 74 años y de 75 a 85 años. Para evaluar el tamaño de la red se consideró el número de personas con quienes los entrevistados manifestaron que podían hablar sobre temas importantes y eran sus confidentes. Las medias obtenidas fueron de 3.5 para el grupo más joven y de 3.40 personas para el de más edad; no se hallaron diferencias significativas entre los mismos a pesar de existir un rango de casi 30 años entre los más jóvenes y los de más edad de dicha muestra. Además de comprobar que el número de personas confidentes no variaba concomitantemente con el incremento de la edad, los autores concluyeron que los adultos mayores están bien conectados socialmente (Cornwell *et al.*, 2009).

En España, con variadas técnicas de recolección de datos, se encontraron redes amplias en los adultos mayores. Por ejemplo, aplicando el instrumento denominado “Mis relaciones” (Fernández Ballesteros, 2004), que identifica a las personas que nos resultan significativas según tres niveles de intimidad, permitió obtener un promedio de 5.4 relaciones muy íntimas, de 7 para las medianamente próximas y de 12.5 para aquellas que, sin ser muy próximas, la persona igualmente las considera importantes en su vida (Fernández Ballesteros, Reig Ferrer y Zamarrón Casinello, 2009). En otro estudio publicado en el mismo país durante el año 2007, se halló que el promedio de la red familiar fue de 10.8 y el de la red de amigos de 20.2 (Fernández Ballesteros, Reig Ferrer y Zamarrón Casinello, 2009).

Diversos trabajos realizados en Argentina también han mostrado que los adultos mayores disponían de redes amplias. En Mar del Plata, en la investigación anteriormente descrita se observó que las redes estaban conformadas en promedio por 8.8 miembros (Arias, 2004). Posteriormente, en otro estudio desarrollado en la misma ciudad, se trabajó con una muestra de 60

adultos mayores y se comprobó que gran parte de éstos disponían de recursos de apoyo social adecuados y poseían una vida social muy activa. Las redes estaban conformadas en promedio por 11.6 miembros. Los niveles de funcionalidad y suficiencia total de las redes fueron predominantemente medios y elevados (Arias y Polizzi, 2010).

En otra investigación desarrollada en Argentina se encontró que el tamaño de las redes varió desde un mínimo de tres miembros hasta un máximo de 37, con un promedio de 11.8 (Elgart, 2010). En los tres trabajos antes mencionados pudo observarse que la mayoría de los adultos mayores mostraban una vida social muy activa y disponían de una amplia variedad de relaciones que les aportaban diversos tipos de apoyos.

Como puede notarse a partir de los hallazgos anteriormente expuestos, las redes de apoyo social de los adultos mayores muestran una amplia variabilidad que impide pensar que la edad provoque invariablemente la disminución de los recursos de apoyo. Al respecto, es importante trabajar en pos de la problematización del supuesto de alteración de la red y del aislamiento social en la vejez. Debe considerarse que los estereotipos negativos recaen sobre las personas de edad, las limitan en sus elecciones recortándoles oportunidades y opciones. Con frecuencia los adultos mayores ocupan el lugar que socialmente se les asigna y ven coartadas sus posibilidades de continuar desarrollándose en entornos que suelen ser poco propicios.

Por el contrario, trabajar los aspectos positivos desde la investigación, la formación y las prácticas que a diario desarrollamos con los adultos mayores permitirá no sólo mejorar la imagen social de la vejez, sino además promover entornos más favorables en los que las personas mayores puedan continuar desarrollando su potencial.

A continuación se analizarán algunas necesidades actuales que se presentan en la región en relación con la población de adultos mayores, se identificarán políticas, planes y programas

basados en el apoyo social que se encuentran vigentes en los países que la integran, y finalmente se harán propuestas.

NECESIDADES ACTUALES Y POLÍTICAS ORIENTADAS AL APOYO SOCIAL VIGENTES EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

El proceso de envejecimiento poblacional en los países de América Latina se está produciendo en contextos frágiles en los que las necesidades actuales son variadas y las posibilidades de darles una adecuada respuesta en muchos casos aún resultan insuficientes.

Como se expresó anteriormente, con el veloz crecimiento del grupo de los mayores de 75 años, los casos de dependencia, de demencias y de otras patologías que requieren atención especializada y cuidados de largo término se han incrementado en la región y continuarán haciéndolo en el corto y en el mediano plazo. El aumento de la edad se relaciona de manera directa con la incidencia de discapacidad y de determinadas patologías que generan dependencia y que, por lo tanto, requieren ayudas puntuales, frecuentes o permanentes para el desarrollo de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (Yanguas Lezaun, Leturia Aráosla y Leturia Aráosla, 2001).

En Argentina, de acuerdo con los datos aportados por la Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad (INDEC-Conadis, 2005), el 28.3% de las personas de 65 años y más presenta alguna forma de discapacidad; este porcentaje aumenta al 37.8% en el grupo de 75 años y más, y al 67% entre los que tienen 90 o más años. Por otra parte, se estima que entre el 8.4% y el 19.7% de la población de 60 años y más, puede padecer problemas cognitivos o demencia (Touceda y Rubin, 2007). Sin embargo, frente al incremento de la necesidad de cuidados, el número de cuidadores potenciales tiende a disminuir y el sistema sociosanitario resulta insuficiente para dar respuesta a esa demanda.

Con respecto a las fuentes de apoyo formal, en el informe del Cono Sur (OISS, 2007) consta que, a nivel público, los centros de día, los servicios de cuidados domiciliarios y de teleasistencia son prácticamente inexistentes en los países que lo integran. A su vez, los hospitales geriátricos, las unidades geriátricas dentro de hospitales generales, así como las residencias de larga estadía para adultos mayores en situación de dependencia o con deterioro cognitivo severo, resultan insuficientes. Sólo en escasos países hay políticas públicas de formación de recursos humanos especializados en geriatría y en gerontología. Efectuando un análisis general, se identifican como necesidades prioritarias a nivel regional 1) servicios de cuidado de largo término; 2) cobertura en seguridad social y salud; 3) servicios sociales y sanitarios especializados; 4) recursos humanos profesionales, no profesionales y voluntarios formados y/o capacitados —incluyendo cuidadores domiciliarios—; 5) entrenamiento psicoeducativo y empoderamiento de los adultos mayores y de sus familiares. Si bien la necesidad de entrenamiento en envejecimiento abarca diversos temas prioritarios, entre los que se incluyen el diseño de políticas sociales, planes y programas para adultos mayores, la gestión de organizaciones e instituciones para dicho grupo etario, la formación en un paradigma de vejez que propicie prácticas de investigación e intervención que incluyan también aspectos positivos de la vejez, y el desarrollo de la prevención y promoción de la salud, se destaca fundamentalmente la formación y/o capacitación en determinadas patologías que generan dependencias en los adultos mayores. Este entrenamiento, como detallaremos más adelante, debe contemplar a los distintos actores involucrados en el problema.

En las últimas décadas y en respuesta a las necesidades anteriormente expuestas de la región, se han efectuado importantes avances en distintas áreas. En lo referente a la existencia de leyes y marcos normativos orientados a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores desde un enfoque de derechos, la mayoría de los países de la región poseen en la actualidad leyes especiales

y han progresado en lo que respecta al establecimiento de garantías para su cumplimiento (Huenchuan, 2009). Al respecto, el derecho al cuidado que aparecía escasamente en las Constituciones ha sido ampliamente incorporado en los marcos normativos. Incluso, los países de la región han manifestado su acuerdo en promover, en el marco de las Naciones Unidas, la convocatoria a una convención internacional que estandarice y proteja los derechos de las personas mayores y establezca los mecanismos y el órgano para hacerlos exigibles. Además, en algunos países —Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Argentina, Guatemala, México y República Dominicana— se han creado consejos en los que los adultos mayores poseen representatividad y participan en la toma de decisiones, y también instituciones orientadas específicamente a la atención de dicha población (Dinapam, 2010).

Sumado a lo anterior, actualmente se está implementando una amplia variedad de políticas, planes y programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que involucran de diversos modos el apoyo social. En algunos países se están ejecutando programas de cuidados de largo plazo, ya sea mediante el cuidado domiciliario, ya sea mediante el fomento de alternativas comunitarias o la apertura de instituciones de larga estadía.

En lo que se refiere a la seguridad social, se han efectuado importantes progresos en materia de ampliación de la cobertura y reducción de los niveles de pobreza en la población de adultos mayores. En Brasil se pusieron en vigencia pensiones para adultos mayores que viven en medios rurales, y en Argentina, además de haberse universalizado la pensión no contributiva para los mayores de 70 años, se implementó la jubilación para amas de casa y la jubilación anticipada. Esta política no sólo amplió notablemente el acceso a la seguridad social, sino también a la cobertura en salud.

Los gobiernos están implementando diversas políticas, como ayudas a domicilio; universidad para la tercera edad; descuentos en el pago de servicios; cursos prejubilatorios; organización de actividades educativas, culturales, recreativas, deportivas y de

turismo; centros de día; unidades de apoyo en el vecindario, grupos de apoyo, programas orientados a la promoción, educación y formación de apoyos informales; proyectos intergeneracionales; programas de rehabilitación psicosocial; campañas de educación pública; ayudas técnicas, etc. En Argentina, los organismos nacionales que se ocupan de los adultos mayores —Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Administración Nacional de Seguridad Social y Programa de Atención Médica Integral (PAMI)— están ejecutando una serie de programas que apuntan, de diversos modos, a fortalecer y aumentar la disponibilidad de los diversos apoyos sociales, como el Voluntariado Social de Adultos Mayores, La Experiencia Cuenta, Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato de los Adultos Mayores, y el de Cuidados Domiliciliarios (Roqué y Fassio, 2007). En la actualidad, la necesidad de cuidados está siendo considerada como un riesgo social y es un tema ampliamente debatido. El Celade, en el *Panorama social de América Latina 2009* (Celade, 2009b), presentó un amplio análisis al respecto. El aumento en la esperanza de vida, la baja en la fecundidad y el ingreso pleno de la mujer —principal cuidadora— en el mercado laboral han generado tanto el aumento de la demanda de cuidados como la disminución de la capacidad de brindarlos (Huenchuan y Roqué, 2009). Muy recientemente, en la región se está considerando la inclusión de los cuidados como objeto de las políticas públicas y con un criterio normativo de solidaridad, universalidad e igualdad (Celade 2009a).

También se ha producido un fortalecimiento de las redes entre diversos organismos nacionales e internacionales de la región. Profesionales de distintas disciplinas han conformado redes de gerontología y geriatría que utilizan el soporte virtual y desarrollan actividades conjuntas de formación, investigación y reuniones internacionales que posibilitan el intercambio de experiencias y la socialización de los conocimientos. Además, diversos organismos internacionales —entre ellos OPS, Celade, CEPAL, UNFPA, HelpAge, OISS, Riicotec, Imsero y ALMA— han

propiciado y financiado la ejecución de investigaciones y la difusión de sus resultados, la realización de reuniones de expertos y de gobiernos, y de instancias de formación y asistencias técnicas en políticas públicas y envejecimiento.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El envejecimiento poblacional conlleva un sinnúmero de cambios que requieren una reformulación y el fortalecimiento de los servicios sociales y sanitarios, de modo que resulten adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor. El fortalecimiento y el trabajo integrado de los apoyos informales y formales de apoyo social será fundamental para dar respuesta a las necesidades nuevas y cambiantes de la población de adultos mayores. En la actualidad encontramos adultos mayores que sobreviven a sus hijos, patologías que incrementan su aparición o su gravedad con la edad, marcada sobrevida femenina, aumento de dependencia y discapacidades, así como mayor necesidad de cuidados especiales y sostenidos. La aparición de nuevas necesidades y problemáticas constituye un desafío ante el cual es necesario diseñar estrategias de acción integrales. A fin de satisfacer nuevas demandas y adecuarse a las especificidades de cada situación particular, los apoyos sociales deberán fortalecerse y aumentar su disponibilidad. De acuerdo con las necesidades de cada caso se requerirá el apoyo de familiares y de amigos, de organizaciones privadas, de la comunidad y/o de servicios sociosanitarios proporcionados por el Estado. Se hará necesario clarificar las áreas de intervención y las responsabilidades de cada uno de ellos, así como apuntar a que la coordinación y complementación de los sistemas de apoyo sea flexible de modo tal que permita la adecuación a las necesidades específicas de cada caso, y evitar tanto la superposición de apoyos como la falta de los mismos (Arias, 2008).

Entre las líneas de trabajo que se deben seguir desarrollando y promoviendo mediante políticas públicas destacan:

- 1) los ámbitos académico-científicos, la ejecución de tareas de investigación, capacitación, formación e intervención desde un paradigma de vejez que incluya los recursos y aspectos positivos, a fin de mejorar la imagen social de esta etapa vital y generar entornos más favorables;
- 2) el acceso a la seguridad social y de salud, incluyendo a los grupos que tienen desventajas en este sentido: las mujeres, los de residencia rural y los pueblos originarios;
- 3) los cuidados domiciliarios de acceso gratuito para quienes lo necesiten y otras alternativas de apoyo comunitarias y voluntariados que articulen, involucren y fortalezcan fuentes formales e informales;
- 4) el incremento del número de centros de día y la implementación desde los gobiernos de servicios de teleasistencia;
- 5) el aumento de la oferta pública de residencias que brinden atención especializada a los adultos mayores en situación de dependencia y con trastornos cognitivos severos, así como de programas de intervención que contribuyan a mejorar su calidad de vida;
- 6) la consolidación de redes y la cooperación entre los gobiernos y los organismos nacionales e internacionales —públicos y privados— para el fortalecimiento de la capacidad institucional y técnica de los países de la región, y
- 7) la ampliación —en un trabajo cooperativo y conjunto entre academia, gobiernos y organismos internacionales públicos y privados— de la oferta de formación en gerontología y geriatría, así como la capacitación y el entrenamiento de profesionales en temáticas específicas sobre envejecimiento y vejez, y prioritariamente en patologías que generan dependencia, como las demencias, el mal de Parkinson, disminuciones visuales graves, ACV, etc. Esta formación debe involucrar la intervención en los ámbitos individual, institucional, comunitario y social de modo que se desarrollen prácticas preventivas, de detección precoz, así como un

- adecuado tratamiento que permita optimizar la calidad de vida del o de los adultos mayores en cuestión;
- 9) la ejecución, tanto desde el ámbito público como desde el privado, de programas de formación sistemática y en gran escala de cuidadores domiciliarios que puedan desarrollar la tarea con idoneidad;
 - 10) el desarrollo de programas de entrenamiento y apoyo para los familiares de adultos mayores en situación de dependencia, que en muchos casos son cuidadores informales de tiempo parcial o completo, a fin de evitar efectos indeseados de carga excesiva en el cuidado que redunden negativamente en su propia salud, en la de los adultos mayores a quienes cuidan y en las relaciones en el interior de la familia;
 - 11) la implementación de programas psicoeducativos y de empoderamiento de los propios adultos mayores, ya sea a través del cuidado de la propia salud como del aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento que mejoren su calidad de vida, propicien el mayor nivel de autonomía posible y eviten internaciones innecesarias.

Por último, es importante destacar que la existencia de los apoyos, de la infraestructura y del equipamiento requerido es necesaria, pero no suficiente. Se requiere la sistematización y la difusión de los recursos de apoyo formales e informales disponibles en una comunidad para garantizar el conocimiento, el acceso y la adecuada utilización de los mismos. Con frecuencia la problemática no radica en la falta de determinados apoyos, sino en el desconocimiento de su existencia. Es indispensable que el diseño de políticas basadas en el apoyo social incluya entre sus objetivos que la información esté al alcance de todos los involucrados —profesionales, técnicos, directivos, funcionarios, adultos mayores, familiares o conocidos—, de modo que conozcan las alternativas existentes y que se garantice la accesibilidad a ellas.

Considerando que el trabajo basado en el apoyo social puede realizarse desde las distintas disciplinas de base en las que se han formado previamente los gerontólogos, fundamentando y enriqueciendo prácticas no sólo de los trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, sino también de médicos, nutricionistas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, arquitectos y abogados, entre otros, es importante la inclusión de contenidos relacionados con el apoyo social en la formación de los gerontólogos. Esto contribuirá a enriquecer la valoración integral de las problemáticas que involucran a los adultos mayores, así como brindar alternativas de acción asistenciales, de prevención y promoción de la salud y el bienestar que involucren a los apoyos formales e informales en variadas formas de complementariedad.

El apoyo social es un modelo en construcción que nos brinda por una parte fundamentos teóricos, desarrollos de investigación resultados de experiencias realizadas, y por otra, la oportunidad de diseñar políticas, planes, programas y estrategias creativas que permitan dar respuesta a necesidades o problemáticas que involucran a adultos mayores y a nosotros mismos en el desarrollo de nuestras prácticas profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTONUCCI, T.C., R. FUHRER y J.F. DARTIGUES (1997). "Social Relations and Depressive Symptomatology in a Sample of Community-Dwelling French Older Adults". *Psychology and Aging* 12 (1): 189-195.
- AQUINO, J.R., D.W. RUSSELL, C.E. CUTRONA y E.M. ALTMAYER (1996). "Employment Status, Social Support, and Life Satisfaction among the Elderly". *Journal of Counseling Psychology* 43 (4). 480-489.
- ALLARD, J., D. ALLAIRE, G. LECLERC, y S.P. LANGLOIS (1995). "The Influence of Family and Social Relationships on the

- Consumption of Psychotropic Drugs by the Elderly”. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 20 (2): 193-204.
- ARIAS, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- ARIAS, C. (2006). “Aportes del modelo teórico del apoyo social a la Gerontología Institucional”. En *Vejez frágil: un desafío para la gerontología institucional* [CD-ROM]. e-book de las Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- ARIAS, C. (2008). “El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional”. *Perspectivas en Psicología* 5 (2): 54-61.
- ARIAS, C., y L. POLIZZI (2010). “La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos”. *Interpsiquis* 2010. XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en <<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/45530/>>.
- BISHOP, A., P. MARTIN y L. POON (2006). “Happiness and Congruence in Older Adulthood: A Structural Model of Life Satisfaction”. *Aging and Mental Health* 10 (5): 445-453.
- BRENNAN, P.L., y R.H. MOOS (1990). “Life Stressors, Social Resources, and Late-Life Problem Drinking”. *Psychology and Aging* 5 (4): 535-544.
- CELADE (2002). *Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social de personas adultas mayores*. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.
- CELADE (2009a). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.
- CELADE (2009b). *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.
- CORNWELL, B., L.P. SCHUMM, E.O. LAUMANN y J. GRABER (2009). “Social Networks in the NSHAP Study: Rationale, Measurement, and Preliminary Findings”. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B (S1): i5-i11.
- CHOU, K.L., E I. CHI (2001). “Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Social Support and Sense of Control as

- Mediators or Moderators?” *International Journal of Aging and Human Development* 52 (2): 155-171.
- DABAS, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- DE LEO, D. y S.C. ORMSKERK (1991). “Suicide in the Elderly: General Characteristics”. *Crisis* 12 (2): 3-17.
- DI IORIO, A., A. LONGO, A. MITIDIERI, T. PALMERIO, E. BENVENUTI, S. GIARDINI, A. BAVAZZANO, G. GUIZZARDI, U. SENIN, S. BANDINELLI, L. FERRUCCI y G. ABATE (1999). “Factors Related to the Length of In-Hospital Stay of Geriatric Patients”. *Aging* 11 (3): 150-154.
- DINAPAM (2010). *Documento sobre una Convención de Derechos de las Personas Mayores*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.
- DOYLE, C. (1995). “Effect of Staff Turnover and the Social Environment on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents”. *International Psychogeriatrics* 7 (1): 51-61.
- ELGART, B. (2010). “Análisis de los vínculos de amistad y cambios de la red de apoyo social en la vejez”. Trabajo final de investigación. Mar del Plata: Facultad de Psicología, UNMDP.
- ELKAIM, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red*. Buenos Aires: Gedisa.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R., M. IZAL, I. MONTORIO, J.L. GONZÁLEZ y P. DÍAZ VEIGA (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R., A. REIG FERRER y M.D. ZAMARRÓN CASINELLO (2009). “Evaluación en psicogerontología”. En *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, compilado por R. Fernández Ballesteros (editor), 35-96. Madrid: Pirámide.
- FROLAND, C., D.L. PANCOAST, N.J. CHAPMAN, y P. KIMBOKO (1981). “Linking Formal and Informal Support Systems”. En *Social Networks and Social Support*, compilado por B.H. Gottlieb, 259-277. Londres: Sage.

- GAETE, J.M., J. RIVERA y H. ROMAN (2009). “Aplicación del modelo de redes personales al estudio de los ancianos dependientes”. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 19 (3): 121-129.
- GASCÓN, S. (2002). “Argentina: políticas y programas para personas adultas mayores”. Documento de la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago de Chile: Celade-CEPAL.
- GIL GÁLVEZ, C. (2005). “Presente y futuro de la calidad de los servicios sociales” [en línea]. *Red para el Desarrollo de los Adultos Mayores*. Asociación Civil Red de Desarrollo Social y Envejecimiento Saludable, Argentina. Disponible en <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG022_GilGalvez.pdf>.
- GOTTLIEB, B.H. (1983). *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice*. Londres: Sage.
- GRACIA FUSTER, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- GUZMÁN, J.M., S. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2002). “Redes de apoyo social a las personas mayores”. Documento de la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago de Chile: Celade-CEPAL.
- HUENCHUAN, S. (compilador) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- HUENCHUAN, S. y M. ROQUÉ (2009). “A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento”. En *Envejecimiento y sistema de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*, compilado por S. Huenchuan Roqué y C. Arias, 7-10. Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas.
- INDEC-CONADIS (2005). *La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad*. Buenos Aires: INDEC-Conadis.
- IRVINE, J., A. BASINSKI, B. BAKER, S. JANDCIU, M. PAQUETE, J. CAIRNS, S. CONNOLLY, R. ROBERTS, M. GENT y P. DORIAN (1999). “Depression and Risk of Sudden Cardiac Death after

- Acute Myocardial Infarction: Testing for the Confounding Effects of Fatigue”. *Psychosomatic Medicine* 61 (6): 729-737.
- LEVIT, M.J., T.C. ANTONUCCI, M.CH. CLARK y J. ROTTON (1986). “Social Support and Well-Being: Preliminary Indicators Based on Two Samples of the Elderly”. *International Journal of Aging and Human Development* 21 (1): 61-77.
- LIU, X., J. LIANG, y S. GU (1995). “Flows of Social Support and Health Status among Older Persons in China”. *Social Sciences and Medicine* 41 (8): 1175-1184.
- MENDES DE LEON, C.F., T.A. GLASS, L.A. BECKETT, T.E. SEEMAN, D.A. EVANS y L.F. BERKMAN (1999). “Social Networks and Disability Transitions across Eight Intervals of Yearly Data in the New Haven EPESE”. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences* 54 (3): S162-S172.
- MIREAULT, M., y A.F. DE MAN (1996). “Suicidal Ideation among the Elderly: Personal Variables, Stress and Social Support”. *Social Behavior and Personality* 24 (4): 385-392.
- MONTES DE OCA, V. (2003). “El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política”. *Papeles de Población* 35: 79-104.
- MUCHINIK, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires: Belgrano.
- ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas.
- OISS (2007). “Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico”. Disponible en <http://www.oiss.org/IMG/pdf/Informe_2006_Def_Cono_Sur_-_Apuntes_para_un_diagnostico_final_.pdf>.
- PEIRCE, R.S., M.R. FRONE, M. RUSSELL, M.L. COOPER y P. MUDAR (2000). “A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression and Alcohol Use”. *Health Psychology* 19 (1): 28-38.

- PHILLIPS, D.R., O.L. SUI, A.G. YEH y K.H. CHENG (2008). "Informal Social Support and Older Person's Psychological Well Being in Hong Kong". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 23 (1): 39-55.
- PRINCE-PAUL, M. (2008). "Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life". *Oncology Nursing Forum* 35 (3): 365-371.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1995). *Residencias para personas mayores*. Barcelona: Médica Panamericana.
- ROQUÉ, M., y A. FASSIO (2007). *Gerontología comunitaria e institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología, UNMDP.
- SCHONFELD, L., y L.W. DUPREE (1991). "Antecedents of Drinking for Early and Late-Onset Elderly Alcohol Abusers". *Journal of Studies on Alcohol* 52 (6): 587-592.
- SLUZKI, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SPECK, R. y C. ATTNEAVE (1974). *Redes familiares*. Traducido por Leandro Wolfson. Buenos Aires: Amorrortu.
- SUTHERLAND, D., y E. MURPHY (1995). "Social Support among Elderly in Two Community Programs". *Journal of Gerontology Nursing* 21 (2): 31-38.
- TOUCEDA, M.A., y R. RUBIN (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: Facultad de Psicología, UNMDP.
- UCHINO, B.N., J.T. CACIOPPO y J.K. KIECOLT-GLASER (1996). "The Relationship between Social Support and Physiological Processes: A Review with Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health". *Psychological Bulletin* 119: 488-453.
- UNGER, J.B., G. MC AVAY, M.L. BRUCE, L. BERKMAN y T. SEEMAN (1999). "Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons: MacArthur Studies of Successful Aging". *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences* 54 (5): S245-S251.

- VANDERHORST, R.K., y S. MC LAREN (2005). "Social Relationships as Predictors of Depression and Suicidal Ideation in Older Adults". *Aging and Mental Health* 9 (6): 517-525.
- WARREN, J.I., J.A. STEIN y C.E. GRELLA (2007). "Role of Social Support and Self-Efficacy in Treatment Outcomes among Clients with Co-Occurrence Disorders". *Drug and Alcohol Dependences* 10 (89): 267-274.
- YANGUAS LEZAUN, J.J., F.J. LETURIA ARRAZOLA y M. LETURIA ARRAZOLA (2001). *Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes* [en línea]. Disponible en <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-apoyo-02.pdf>>.
- YOON, D., y E. LEE (2007). "The Impact of Religiousness, Spiritually and Social Support on Psychological Well-Being among Older Adults in Rural Areas". *Journal of Gerontological Social Work* 48 (3-4). 281-298.

MODELO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS PARA MANTENER LA SALUD EN LA VEJEZ¹

*Víctor Manuel Mendoza-Núñez
María de la Luz Martínez-Maldonado*

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó, en el año 2007, que había 700 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo que representa el 11% de la población total, y se proyecta que el porcentaje se incrementará al 15% para el año 2025 y al 22% en el año 2050 (Naciones Unidas, 2007). En México, en el año 2010 se informó que había alrededor de 11 millones de personas de 60 años y más (10% de la población total) y se proyecta que habrá 17.5 millones (12.4%) para el año 2025 y 35.7 millones (24.3%) para el año 2050 (INEGI, 2011).

Dicho fenómeno demográfico propicia una serie de problemáticas que tendrán una fuerte repercusión en las personas que envejecen. En primer lugar se encuentran la pobreza, la marginación y la discriminación como problemáticas que atañen a todos los países latinos donde, a diferencia de los países europeos, el envejecimiento tiene lugar en un exacerbado clima de limitaciones. En el campo de la salud nos enfrentamos a una transición epidemiológica, caracterizada por un incremento sostenido en

¹ Para la realización del presente estudio se recibió el apoyo financiero del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (SSA/IMSS/ISSSTE-Conacyt-2008) Proyecto 87139 y el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH).

las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónico-degenerativas que deja en segundo plano a las infecciosas. Las enfermedades crónicas más frecuentes durante la vejez son similares en todo el mundo, entre las que destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el cáncer, la artritis, la osteoporosis, la depresión y la demencia; no obstante que hay diferencias significativas entre los diversos países, las identificamos por sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social, por las cuales pueden constituir una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona adulta mayor, la familia y el sistema de atención a la salud (WHO, 2002). Dadas sus condiciones sociales y económicas, los países latinos no ofrecen una respuesta oportuna a estas demandas, su cobertura en la atención es desigual, y no cubren los requerimientos de medicamentos, entre otros. Por lo que respecta a los entornos, el vejestismo sigue siendo un punto nodal que afecta el establecimiento de políticas públicas que potencien la participación del viejo en la sociedad; hay un fuerte rezago para el acceso a los servicios básicos, a la vivienda y a los espacios públicos, lo que en muchas ocasiones da como resultado que las personas que envejecen se conviertan en personas disfuncionales y dependientes.

Por lo anterior es indispensable incorporar y establecer acciones y programas para contrarrestar y, de ser posible, erradicar los prejuicios y estereotipos de la vejez relativos a la imagen pasiva, decadente, frágil y enfermiza de esa etapa de la vida.

Al respecto, V. Braithwaite (2004) propone un plan de 10 puntos para reducir el vejestismo:

1. Crear conciencia en la población respecto de los estereotipos existentes sobre los adultos mayores.
2. Difundir el conocimiento de la diversidad de las características personales de los adultos mayores.
3. Tener un mayor compromiso con el reconocimiento y la respuesta a las múltiples necesidades de los ancianos.

4. Difundir los conocimientos que permitan considerar a los viejos como seres individuales.
5. Promover la cooperación intergeneracional.
6. Hacer ver la importancia de la participación social de los adultos mayores.
7. Fortalecer las prácticas institucionales que promuevan la calidez humana sin distingo de edad.
8. Mitigar las reacciones al estigma de la degeneración y la dependencia.
9. Revisar las prácticas y las políticas en busca de evidencias de la estigmatización asociada a la falta de respeto al tratar a la gente mayor como un grupo invisible.
10. Emitir leyes que establezcan la participación de los adultos mayores en la planeación e implementación de normas (políticas) dirigidas a este grupo de edad.

Estas acciones contrarrestarán los mitos del envejecimiento (WHO, 1999) y el viejismo consecuente, favoreciendo el empoderamiento y la viabilidad del paradigma del envejecimiento activo.

En este marco, es importante establecer políticas públicas que coadyuven a la resolución de las problemáticas antes mencionadas, que permitan implementar estrategias para desarrollar modelos de atención comunitaria que consideren la participación activa y el empoderamiento de los adultos mayores.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El concepto del envejecimiento activo (EA) fue propuesto formalmente a finales de la década de 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo definió como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (WHO, 2002). Se trata de un enfoque más amplio del envejecimiento saludable que contempla la salud, la partici-

pación activa y la inclusión de los ciudadanos de mayor edad en la familia, en la comunidad y en la vida nacional. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores de manera individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto, en el plano operativo, se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.

La OMS tomó como fundamento los principios de la ONU de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización para la propuesta del enfoque de envejecimiento activo. Asimismo, incorporó dos conceptos a su visión: el de curso de vida y el de determinantes (Christensen *et al.*, 2003). En este sentido, para el establecimiento de políticas y programas enmarcadas en el EA deben considerarse los siguientes determinantes: cultura, género, los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales, los conductuales, los relacionados con los factores personales (biología y genética), los relacionados con el entorno físico y social, y los económicos (WHO, 2002).

A principios del siglo XXI la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) y la Unión Europea (UE) promovieron de manera conjunta el concepto de EA, lo cual ha llevado a reformar las agendas internacionales sobre la materia. Este concepto nace ligado a las políticas de protección de los mayores (como también lo fueron términos como “envejecimiento productivo” y “envejecimiento saludable”). Comenzó a cobrar fuerza durante el año 2002 en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid, donde se planteó la importancia de alcanzar los siguientes objetivos a nivel internacional: construir sociedades para todas las edades, alcanzar un envejecimiento activo y saludable, dar más vida a los años, afrontar la vejez como una etapa de desarrollo personal e incorporar

el envejecimiento como aspecto clave de las políticas de crecimiento y desarrollo (CIDEA, 2009).

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, retoma el concepto de envejecimiento activo de la OMS y agrega que, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, se debe fomentar la autoestima y la dignidad de las personas, y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales. También reconoce la importancia de que las personas mayores se integren al mundo laboral y que tengan acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permitan disminuir brechas generacionales y de género, considerando la heterogeneidad de las personas envejecidas, determinada por la edad, el género, el nivel socioeconómico, el origen étnico, la condición migratoria o de desplazamiento y la residencia urbana o rural, entre otros factores (CEPAL, 2003).

El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje: (i) como paradigma, (ii) como estrategia política, y (iii) como acción instrumental a nivel comunitario (Mendoza-Núñez *et al.*, 2008).

El paradigma del envejecimiento activo, vinculado al enfoque del ciclo vital humano de la perspectiva de la psicología del desarrollo, permite tener una visión teórica diferente de las teorías de la desvinculación y la dependencia, con lo cual se pueden fundamentar la estrategia política y las acciones pragmáticas que establecen que los cambios relativos al envejecimiento no se reducen a un proceso inverso del crecimiento durante la infancia, la adolescencia y hasta la adultez, y, por lo tanto, el envejecimiento no necesariamente se caracteriza por un progresivo deterioro, sino que también en esta etapa se producen cambios y desarrollos específicos. De ahí la relevancia de potenciar, remediar o compensar el potencial cognitivo de las personas ancianas mediante programas educativos específicos y adecuación de contextos sociales y comunitarios que favorezcan su desarrollo (Martín García, 2000).

La esencia del concepto moderno de envejecimiento activo es una combinación de los elementos nucleares del envejecimiento productivo, con énfasis en la calidad de vida y el bienestar físico y mental. En este sentido, se puede visualizar el envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento. El envejecimiento productivo se refiere a la actividad de un individuo anciano que le permite generar o desarrollar la capacidad de producir bienes o servicios de calidad en condiciones remuneradas o no remuneradas (Walter, 2006). Esta nueva visión del envejecimiento se puede resumir en los siguientes términos: “Se le han sumado años a la vida, ahora debemos sumarle vida a los años” (Hutchison *et al.*, 2006).

LAS REDES SOCIALES Y SU VÍNCULO CON LA SALUD DURANTE LA VEJEZ

El estudio del apoyo social y sus repercusiones en el estado de salud, bienestar y calidad de vida ha tenido un desarrollo significativo a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, sobre todo en algunas disciplinas afines, como la medicina preventiva, la salud pública, la psicología comunitaria, el trabajo social, la antropología y la sociología (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009; Castro *et al.*, 1997).

La vejez, al igual que otros momentos de la vida, es un periodo en el que la persona percibe una diversidad de cambios que provienen, por un lado, del estilo y la calidad de vida que ha tenido a lo largo de su existencia y, por el otro, del sistema social y familiar en el que se ha desenvuelto. Como ya se mencionó, durante las últimas décadas la realidad de los adultos mayores ha estado inmersa en la tendencia a valorizar al ser humano por su capacidad de continuar teniendo y siendo parte de los procesos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc. Uno de los mecanismos que facilita este proceso es formar parte de redes so-

ciales. Sin embargo, el apoyo, así como la red social, no es constante y experimenta transformaciones a lo largo del desarrollo y modificaciones no sólo cualitativas, sino también cuantitativas (Meléndez-Moral *et al.*, 2007).

Está demostrado que la existencia de redes sociales facilita la integración social y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa a los viejos, ya que facilitan los procesos de adaptación a los cambios físicos, mentales y de salud. Las redes sociales y la integración social ayudan a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que disminuye los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores (Santos, 2009).

Por tal motivo, recientemente han surgido otros enfoques que visualizan el proceso de envejecimiento de manera multidimensional, resaltando los aspectos culturales, ambientales, psicológicos y sociales, además de lo biológico; de ahí que el enfoque del envejecimiento activo constituya un paradigma alternativo al de la biomedicalización (Martín García, 2000; Martínez-Maldonado *et al.*, 2007; Requejo Osorio, 2009). Estos enfoques establecen que las personas adultas mayores no son *per se* sujetos pasivos y desvalidos; por el contrario, pueden ser agentes activos del cambio o del mantenimiento de su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

Asimismo, estas nuevas formas de mirar el envejecimiento consideran a las redes sociales como elemento fundamental para el desarrollo integral de las personas adultas mayores. En este sentido, las redes sociales se componen de las personas potencialmente disponibles, quienes pueden brindar apoyo material, instrumental, emocional, de compañía, de ayuda y de consejo. Al respecto, Guzmán *et al.* (2003) establecen que las redes sociales “constituyen la base de las ayudas que las personas requieren; son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de aquellos estímulos sociales que promueven la sensación de pertenencia y generan la integración social”.

V. Montes de Oca (2001) encontró que, cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos, otros) tiende a activarse y, del mismo modo, tiende a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, en contextos de crisis graves y cuando los actores que intervienen (familiares, amigos y otros) sufren mermas extremas en sus propios recursos, las redes informales pueden verse seriamente dañadas, dejando a los grupos más vulnerables —como es el caso de los mayores de edad— en una situación de suma precariedad.

Específicamente, en el campo de la gerontología, los estudios vinculados con el apoyo social o las redes de apoyo han dado lugar al diseño y fundamento de propuestas de intervención concretas que han ido extendiendo su campo de aplicación a los ámbitos institucionales y comunitarios, así como a la formulación de programas y políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se ha propuesto la necesidad de llevar a cabo una evaluación conjunta con los adultos mayores para considerar su punto de vista subjetivo relativo a la satisfacción del apoyo recibido (Arias, 2009).

MODELO DE NÚCLEOS GERONTOLÓGICOS
DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA, UNAM

El grupo de investigación de la Unidad de Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, propuso en 1996 un modelo de atención comunitaria a las personas adultas mayores, para la implementación de programas de envejecimiento saludable (Mendoza-Núñez *et al.*, 1996). En el año 2000, el modelo se adecuó al paradigma del envejecimiento activo, sometiéndolo a un proceso de investigación en comunidades del Valle del Mezquital, Hidalgo, demostrando su aplicación práctica y su impacto (Martínez-Maldonado *et al.*, 2007; Sánchez-

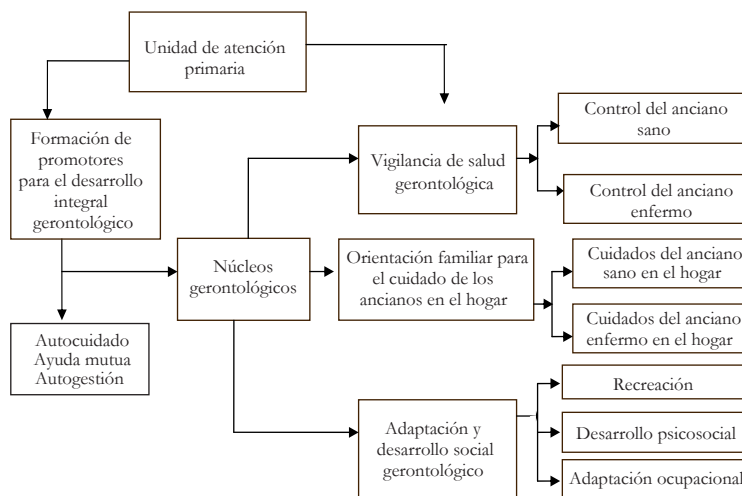
Rodríguez *et al.*, 2009). Por tal motivo, se elaboró una propuesta para la implementación de un programa de envejecimiento saludable enmarcado en el modelo de núcleos gerontológicos para el desarrollo integral gerontológico, para la prevención y control de enfermedades crónicas en la vejez en el Estado de Hidalgo, México (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009) (figura 1).

Conceptualizamos el envejecimiento saludable como el proceso mediante el cual los ancianos adoptan o fortalecen estilos de vida saludables a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales en el marco del envejecimiento activo (Llopis, 2005; Barondess, 2008).

Por tal motivo, la implementación de programas de envejecimiento saludable no se debe limitar a los ancianos sanos, ya que los estilos de vida saludables tienen un efecto benéfico tanto para los adultos mayores que cursan un envejecimiento exitoso (funcionales y sin enfermedades crónicas), como para los que presentan alguna enfermedad crónica (envejecimiento usual) y para los ancianos frágiles (enfermizos dependientes), de ahí que se deben establecer las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, que favorezcan una alimentación adecuada, ejercicio físico, higiene del sueño, bienestar subjetivo, higiene personal, y eliminación del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, para todos los ancianos (figura 2).

El modelo se basa fundamentalmente en el desarrollo integral gerontológico, entendido como un proceso que se lleva a cabo desde el inicio del envejecimiento y hasta el final de la vida, y que implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. Es un proceso de transformación y crecimiento continuo en el que el capital social es fundamental. El desarrollo integral gerontológico está conformado por los siguientes elementos:

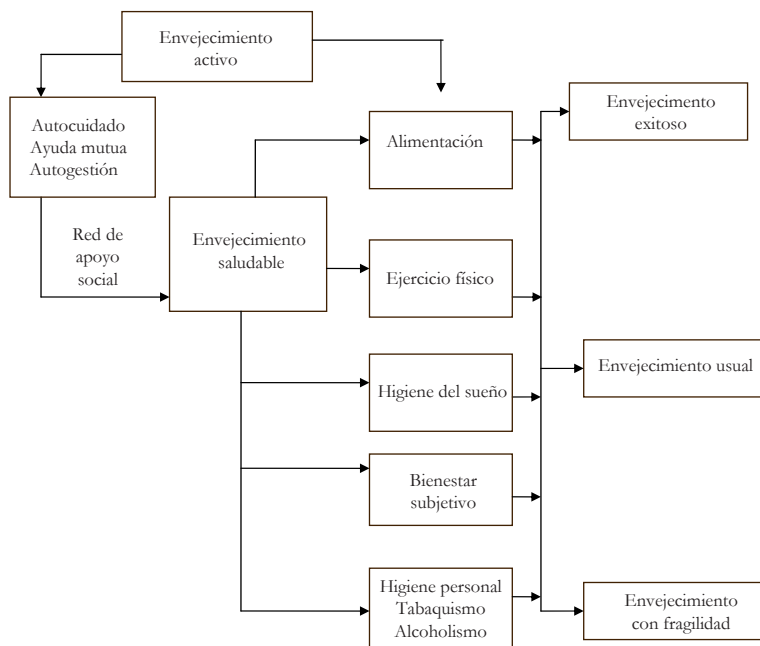
FIGURA 1
 MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE NÚCLEOS
 GERONTOLÓGICOS



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

- a) El concepto de *ciudadanía*, que da relevancia al hecho de “ser sujeto” con derechos (derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad, a la salud, al bienestar, etc.) y a poder hacer uso de ellos.
- b) El concepto de *potencialidades*, que todos los seres humanos tenemos en lo físico (eficiencia funcional, fuerza muscular y habilidades motoras), en lo psicológico (sensibilidad, afecto, adquisición de conocimientos, creatividad, etc.) y en lo social (vínculos, productividad, participación social, creación de cultura y valores, etc.).

FIGURA 2
 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
 PARA TODOS LOS TIPOS DE ENVEJECIMIENTO



Nota: El modelo de núcleos gerontológicos se sustenta en el envejecimiento activo, el cual establece como estrategias el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión para adoptar, adecuar o mantener estilos de vida saludables (alimentación adecuada, ejercicio físico, buena autoestima, higiene corporal e higiene del sueño) para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. El envejecimiento saludable es aplicable a los adultos mayores con envejecimiento exitoso, usual y con fragilidad.

Por otro lado, el desarrollo integral gerontológico está en función del individuo mismo, del ambiente en que vive (familia, barrio, comunidad, país) y de los cambios históricos que se producen en el mundo durante este periodo. Esto es, el desarrollo integral durante la vejez implica una interacción entre el individuo y su ambiente, ya que desde su nacimiento hasta la muerte recibe influencias que le facilitarán esto, o no; es decir, contará con un capital social.

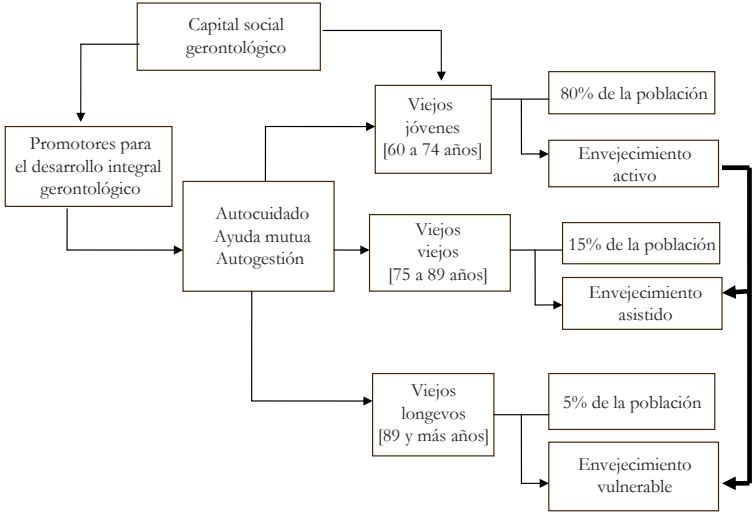
Para Pierre Bourdieu, capital social es “el agregado de los recursos reales o potenciales que están unidos a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo” (Bourdieu, 1985). Esta definición contiene tres elementos: 1) pertenencia a un grupo, 2) que el grupo posea propiedades comunes y 3) que esté unido por vínculos relativamente permanentes y estables.

Entendemos el concepto de capital social como el conjunto de recursos reales y potenciales que poseen los adultos mayores que están vinculados con el conjunto de conocimientos que posee cada persona, con las redes de relaciones sociales con las que cuentan y con el reconocimiento que obtiene de los demás. Este capital social puede estar conformado por capacidades y actitudes como liderazgo, solidaridad, compañerismo y empatía. En este contexto, si los viejos entran en contacto con otros viejos, y ellos, a su vez, con otros viejos, habrá una acumulación de capital social que puede satisfacer sus necesidades sociales y que puede producir un potencial social suficiente para realizar una mejora sustancial de las condiciones de vida en la comunidad de viejos y en la de los demás (figura 3).

De ahí que, a través de los recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen, puedan ellos mismos obtener acceso a diferentes recursos, como informativos, afectivos, económicos, materiales de salud (figura 4).

Para el logro de lo anterior es fundamental saber con qué recursos potenciales cuenta el adulto mayor, para incorporarlo a procesos informativos que lo doten de capital que pueda poner en acción con él mismo y con otros viejos en beneficio de su salud. Recordemos que en la vejez hay un empobrecimiento de la calidad y la cantidad de los miembros de la red social; por ejemplo: con la finalización de la crianza de los hijos, éstos se casan y se van del hogar; si se estaba trabajando fuera de casa y hay una separación laboral, ya no se tiene un contacto continuo con los compañeros de trabajo; disminuye el número de parientes y de iguales a causa de la mortalidad; si hay pérdida de la

FIGURA 3
CAPITAL SOCIAL GERONTOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Nota: Los promotores para el desarrollo integral gerontológico y los adultos mayores que participan en los núcleos gerontológicos constituyen el capital social fundamental del modelo, y conforman una gran red de apoyo social. En este sentido, se fomenta la reciprocidad para que todos los participantes, sobre todo los denominados “adultos mayores jóvenes” (de 60 a 74 años, que en su mayoría son funcionales), brinden apoyo instrumental, afectivo e informativo a otros adultos mayores.

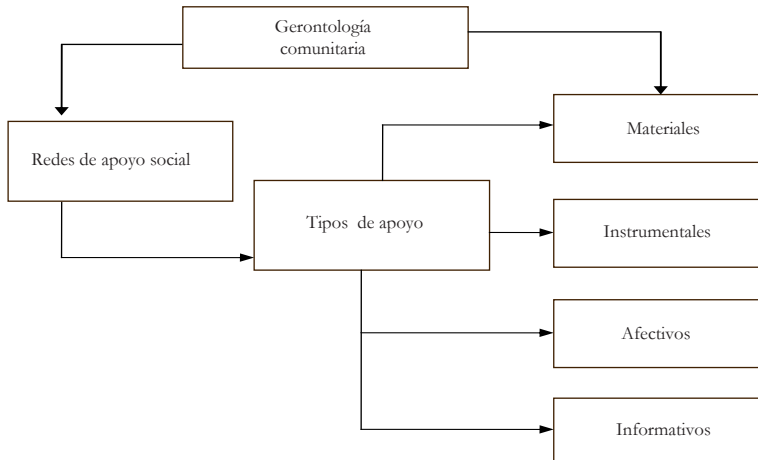
funcionalidad física, se tiende a salir menos de casa y frecuentar menos a los amigos o a los familiares.

En este marco, el propósito del presente estudio fue determinar la viabilidad del modelo de núcleos gerontológicos desarrollado en la FES Zaragoza para su implementación en programas estatales de control de enfermedades crónicas a través del autocuidado.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio de intervención comunitaria durante el bienio 2007-2009 en un marco muestral de 3 000 adultos ma-

FIGURA 4
TIPOS DE APOYO EN EL MARCO DE LA GERONTOLOGÍA COMUNITARIA



Nota: "La red de redes", que se conforma con la implementación del modelo, potencia el capital social gerontológico a través de la reciprocidad de los diferentes tipos de apoyo mutuo (material, instrumental, afectivo e informativo), con el fin de lograr el máximo de salud, bienestar y de calidad de vida.

yores de la ciudad de Pachuca y municipios del Valle del Mezquital, Hidalgo. Se llevaron a cabo las siguientes acciones: i) gestión de un convenio con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH) para la implementación del modelo de núcleos gerontológicos en un programa de envejecimiento saludable; ii) selección de la población diana (municipios del Valle del Mezquital); se decidió iniciar el programa con la población de adultos mayores independientes en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, iii) implementación del modelo de núcleos gerontológicos; iv) establecimiento de una "red de redes" de núcleos gerontológicos; v) seguimiento y evaluación de los factores que facilitan o dificultan la implementación del modelo; vi) entrevistas a profundidad a los funcionarios y responsables de los programas estatales de apoyo de los adultos mayores.

VARIABLES

La definición de las categorías de la variable viabilidad fueron las siguientes:

Viabilidad técnica: condiciones de infraestructura, equipo y recursos humanos que permiten la *implementación del modelo* (González y Vidaud, 2009). Se consideró alta cuando la formación de promotores y núcleos gerontológicos fue de un 80% y más de lo planeado; regular, del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad operativa: condiciones que propiciaron la *adherencia al programa*. Se consideró como alta cuando la adherencia al programa de los promotores e integrantes de los núcleos fue de un 80% y más, regular del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad institucional: *redes de apoyo social formal* que contribuyen al desarrollo del programa. Se consideró alta cuando el 80% o más de las instituciones y funcionarios involucrados en el programa aceptaron y respondieron congruentemente con el paradigma del envejecimiento activo; regular, del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad social: *redes de apoyo social informal* que contribuyen en el desarrollo del programa. Se consideró alta cuando el 80% o más de los familiares, amigos y los ancianos involucrados en el programa aceptaron y respondieron congruentemente con el paradigma del envejecimiento activo; regular, del 50% al 79%, y baja, menor del 50%.

TÉCNICAS

En la fase de seguimiento se aplicaron las siguientes técnicas para la recolección de la información: entrevistas a profundidad, diario de campo, observaciones, visitas a campo, videos, asistencia a eventos y análisis de documentos generados por los promotores.

Después de la aplicación de las entrevistas, de las visitas, observaciones, conversaciones y asistencia a eventos, se organi-

zaron las notas, los videos, las fotos y los documentos, anotando la fecha, un código y algunas notas para su identificación. Después de las grabaciones y filmaciones, se revisaron e incorporaron anotaciones. Posteriormente se transcribieron las entrevistas, se organizaron, se revisaron las transcripciones y se integraron las anotaciones hechas. Después se llevó a cabo un análisis preliminar a través de un chequeo y rastreo de los datos, para analizar qué es lo que surgía de ellos, identificando áreas que requerían profundización. A partir de lo anterior se realizó el análisis textual de la información con el fin de resaltar, entre otros, los siguientes aspectos: ¿Cuáles son los principales elementos que surgen de la información? ¿En qué aspectos de la información se requiere una mayor profundidad? ¿Qué informantes pueden ayudar a producir esa información?

RESULTADOS

Se observó viabilidad técnica y operativa altas, ya que hasta el momento se habían formado 170 adultos mayores como promotores para el desarrollo integral gerontológico y 300 núcleos gerontológicos. En contraste, se observó una viabilidad institucional baja (cuadro 1).

Viabilidad técnica. Se determinó que el modelo tiene una viabilidad alta debido a que constituye una alternativa que no requiere una infraestructura física predeterminada para llevar a cabo las acciones.

Como parte de las estrategias para el desarrollo del modelo, se llevó a cabo un diplomado para la formación de recursos humanos del instituto, así como un curso para responsables de programas de adultos mayores.

Los núcleos gerontológicos se establecieron en escuelas, centros de salud, casas de jubilados y pensionados, casas de día, casas de algunos de los miembros, entre otros lugares. Muchas

CUADRO 1
VIABILIDAD DEL MODELO DE NÚCLEOS GERONTOLÓGICOS

| <i>Viabilidad</i> | <i>Grado</i> | <i>Parámetros</i> |
|-------------------|--------------|---|
| Técnica | Alta | Se formaron 170 promotores para el desarrollo integral gerontológico y 300 núcleos gerontológicos. |
| Operativa | Alta | Se registró un 10% de deserciones de los promotores y un 15% de los integrantes de los núcleos gerontológicos. |
| Institucional | Baja | Más de la mitad de las instituciones de la red de apoyo social formal desconoce lo que es el envejecimiento activo y sólo ofrece apoyos de tipo material, considerando frágiles a todos los ancianos. |
| Social | Regular | El 50% de los adultos mayores tienen autoestereotipos y prejuicios negativos relacionados con dependencia, enfermedad e incapacidad. |

de estas instalaciones cuentan con el mobiliario para llevar a cabo las actividades.

Respecto a las necesidades de materiales y equipo, los requerimientos para el desarrollo del modelo son mínimos: pizarrón, rotafolios, hojas, lápices. El material didáctico elaborado ex profeso para la formación de promotores y brindar el conocimiento sobre envejecimiento saludable con un enfoque constructivista cumplió con los objetivos planeados.

En relación con los recursos humanos, se ha encontrado disposición de los adultos mayores para participar en los núcleos gerontológicos y en las actividades planeadas para alcanzar un envejecimiento saludable (programas de ejercicio —caminata, tai-chi—, sesiones de trabajo semanales, realización de tareas,

participación en cursos de actualización, evaluaciones gerontológicas, entre otros).

Viabilidad operativa. Con respecto a la permanencia de los promotores y participantes de los núcleos, se encontró que la adherencia es alta. En este sentido, sólo se registró un 10% de deserciones de los promotores y un 15% de los integrantes de los núcleos gerontológicos. Se estableció como estrategia el seguimiento con el fin de brindar asesoría, se observó en los casos en los que los promotores y supervisores están comprometidos con las actividades que realizan los adultos mayores, y se observó que hay una mayor continuidad y sistematicidad en su participación, de ahí que se considerara alto este tipo de viabilidad.

Viabilidad institucional. En este aspecto, el IAAMEH adoptó como política pública el envejecimiento activo, incluyendo el modelo de núcleos gerontológicos como estrategia para la implementación de programas de envejecimiento saludable.

No obstante, durante las supervisiones, los promotores y/o integrantes de los núcleos gerontológicos reportaron que más de la mitad de las instituciones de la red de apoyo social formal desconoce lo que es el envejecimiento activo y sólo ofrece apoyos de tipo material, pues considera frágiles a todos los ancianos y que necesitan “bastones, lentes, medicamentos, pañales, atención médica y una despensa con alimentos de bajo costo”. Se llegó a la conclusión de que esto es debido a lo siguiente: i) la formación limitada de los directivos y coordinadores de la mayoría de las instituciones que tienen programas o acciones dirigidas a los adultos mayores con respecto al paradigma del envejecimiento activo y, por lo tanto, realizan acciones incongruentes y discrepantes; ii) la coexistencia de políticas asistencialistas, y iii) los prejuicios y estereotipos de los directivos, coordinadores y personal de las instituciones vinculadas con los programas gerontológicos estatales. En este sentido, consideramos que este tipo de

viabilidad es el que tiene mayores limitaciones, de ahí que se les considere baja.

Viabilidad social. Si bien se han incorporado promotores y adultos mayores para desarrollar el modelo, aún falta mucho, ya que la coexistencia de políticas asistencialistas y benefactoras obstaculiza la incorporación de un número mayor de personas.

Entre las dificultades vinculadas con la viabilidad social podemos resaltar la visión negativa que los adultos mayores tienen del envejecimiento, ya que un porcentaje alto (50%) de los adultos mayores tiene autoestereotipos y prejuicios negativos relacionados con dependencia, enfermedad e incapacidad, de ahí que la viabilidad se catalogara como regular.

DISCUSIÓN

Uno de los pilares fundamentales del envejecimiento activo es la salud, de ahí la importancia de proponer e implementar estrategias que permitan mantenerla y recuperarla. Al respecto se han propuesto algunos modelos de promoción de la salud y envejecimiento saludable con énfasis en el autocuidado (Schraeder *et al.*, 2001; Bryant *et al.*, 2001; Gaete *et al.*, 2009); sin embargo, no se pueden extrapolar del todo a cualquier tipo de población, ya que el diseño de cada modelo responde a las características socioculturales específicas de la población donde han sido desarrollados, de ahí la necesidad de crear modelos que respondan a las características socioculturales de nuestra población, considerando la viabilidad de su implementación en programas institucionales. Al respecto, en nuestro estudio se confirmó que el modelo de núcleos gerontológicos tiene una alta viabilidad técnica y operativa, con lo cual se podría justificar su recomendación para ser adoptado en las políticas públicas para la implementación de programas estatales gerontológicos de nuestro país; sin embargo, se observó una viabilidad institucional baja, propiciada por el escaso

conocimiento del paradigma del envejecimiento activo, aunado a la resistencia vinculada con el utilitarismo político de algunos funcionarios y coordinadores de programas estatales. Esto constituye una gran limitante, ya que la discrepancia de enfoques propicia confusión y desmotivación de los promotores e integrantes de los núcleos gerontológicos, lo cual repercute negativamente en la viabilidad técnica y operativa. En este sentido, es indispensable considerar en el modelo la capacitación simultánea de los funcionarios y coordinadores de programas de envejecimiento para que las acciones y estrategias del modelo sean concordantes. Es importante resaltar que nuestra propuesta es congruente con el modelo desarrollado por Leenerts *et al.* (2002), quienes integran las dimensiones del autocuidado, considerando el entrenamiento y las acciones colaborativas de ayuda mutua y autogestión.

Por otro lado, la viabilidad social regular, determinada por los autoestereotipos y prejuicios prevalentes en los ancianos aun después de su formación como promotores e integrantes de los núcleos gerontológicos, sugiere que el cambio en cuanto a la percepción y actitud no se logra a corto plazo, ya que la visión del envejecimiento activo es parte de su historia social. Por tal motivo, no es suficiente la transmisión de conocimientos sobre envejecimiento activo durante la vejez para lograr el empoderamiento de la mayoría de los adultos mayores, ya que el envejecimiento es un proceso multidimensional complejo, de ahí que sea indispensable establecer estrategias a mediano y largo plazo para que se desarrolle una cultura gerontológica con el enfoque del envejecimiento activo en el que se involucre a la sociedad en todas las etapas del ciclo vital.

El modelo de núcleos gerontológicos tiene como premisa conformar una “red de redes” de adultos mayores, con la cual se fortalece el capital social. En este sentido, la red apela a la *reciprocidad*, asumiendo que cuando se solicita apoyo de ésta, el individuo debe estar consciente de que él también es un elemento de apoyo potencial para el grupo (Dabas y Perrone, 1999; Vera Noriega

et al., 2005). Asimismo, se propone que la red social tiene influencia en los hábitos relativos a la salud, ya que el individuo es más propenso a adoptar estilos de vida saludables si tiene con quién compartirlos, y, por otro lado, la internalización de normas de conducta que ofrecen la familia, los amigos y el grupo comunitario puede influir de manera significativa. Además, el control social que se ejerce mediante regulaciones, sanciones o intervenciones también influye en las actitudes y en los cambios de conducta (Arechavala y Miranda, 2002). Por lo tanto, se considera como una red social idónea para personas adultas mayores el sistema abierto, multicéntrico, integrado por componentes informales (familia, amigos, comunidad) y formales (profesionistas e instituciones), con objetivos y metas definidos enmarcados en un programa que, a través del empoderamiento de las personas adultas mayores (envejecimiento activo), se logre el máximo de salud y bienestar acorde con su contexto sociocultural. Al respecto, se ha propuesto la sistematización e integración de los programas comunitarios de atención gerontológica (redes de apoyo informales) con los programas institucionales de atención a la salud para adultos mayores establecidos por el Estado para dar respuesta a los diferentes escenarios, necesidades y posibilidades de atención, considerando la participación activa de los propios adultos mayores con entrenamiento y asesoría permanente (Parry y Coleman, 2010).

Otro de los grandes problemas detectados en el estudio fue la “geriatrización del envejecimiento”. En este sentido, la mayoría de los entrevistados vinculaban el envejecimiento con la enfermedad y el deterioro, resaltando la necesidad de la atención geriátrica. A la pregunta de si era posible establecer programas de envejecimiento saludable, la mayoría de los funcionarios y los propios adultos mayores señalaron que eso no era posible, ya que “casi todos los adultos mayores están enfermos”, lo cual demuestra que no tienen claro el concepto de envejecimiento saludable, además de que no conciben la posibilidad de un de-

sarrollo integral gerontológico, en el que los aspectos psicosociales son fundamentales.

Se observó un utilitarismo político del envejecimiento, en el que se manipula y generaliza la imagen de pobreza, incapacidad, abandono y enfermedad, para establecer políticas efímeras con programas generalizados de apoyos materiales e instrumentales, sin considerar la inclusión y emancipación de los adultos mayores que les permita un desarrollo integral en la vejez, acorde con el enfoque de la gerontología crítica (Iacub, 2002; Martín García, 2000).

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que el modelo es viable en los ámbitos técnico y operativo; no obstante, se debe reforzar la viabilidad institucional y social a través de estrategias de formación de funcionarios y coordinadores de los programas relativos al envejecimiento sobre el nuevo paradigma, además de implementar acciones a mediano y largo plazo para que se desarrolle una cultura gerontológica en el marco del envejecimiento activo.

En este escenario, se han impulsado en nuestro país acciones concretas en cumplimiento de lo previsto por el Plan Internacional de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002. Aunque se han logrado algunos avances, éstos tienden a circunscribirse a planteamientos y decretos normativos que en la práctica difícilmente se traducen en acciones positivas a favor de este grupo de edad, enfocándose primordialmente en un esquema asistencialista y paternalista que va en detrimento de la participación de los adultos mayores prevista en el paradigma del envejecimiento activo.

A lo anterior se añade el hecho de que en México, al igual que en otros países de Latinoamérica e incluso de Europa, no existe un acuerdo consensuado con respecto a la conceptualización del envejecimiento activo. En tanto que algunas instituciones se adscriben a la definición propuesta por la OMS, para otras el

término se ubica tan sólo en el ámbito de la “actividad física” o ni siquiera se le menciona en muchas de las acciones propuestas. En los casos de algunas instituciones que manejan de manera explícita el término envejecimiento activo, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud y el Instituto de Atención a los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo, el manejo del concepto entre ellas y su personal es diverso. Es por eso que proponemos trabajar de manera concertada y firme en una agenda enfocada a los siguientes puntos:

- Establecer una conceptualización consensuada entre los diferentes actores involucrados sobre el proceso de envejecimiento y la vejez, entendiéndolos como fenómenos complejos, multideterminados, heterogéneos y contruidos socialmente, para lograr que las estrategias de abordamiento sean diversas y específicas según las realidades demográficas, sociales, económicas, políticas, internacionales, nacionales, regionales, locales, etcétera.
- Impulsar la formación de recursos humanos sobre los aspectos medulares del Plan de Acción desde una perspectiva multidisciplinaria, con el fin de alcanzar una visión compleja y plural del envejecimiento.
- Superar los enfoques paternalistas, de beneficencia y asistencialistas con los que en nuestro país hasta el momento se está trabajando en este tema.
- Trabajar en un modelo de redes sociales como política institucional con el fin de coadyuvar a la resolución de las problemáticas derivadas del vertiginoso envejecimiento en México.

Nos parece esencial consolidar una perspectiva de derechos que permita avanzar en el desarrollo de programas dirigidos al

grupo de personas envejecidas (y de las que están por envejecer) dando voz y reconocimiento a diferentes formas de participación desde la perspectiva de los propios actores.

BIBLIOGRAFÍA

- ARECHAVALA, M.M.C., y C.C. MIRANDA (2002). “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana”. *Ciencia y Enfermería* 8: 49-55.
- ARIAS, C.J. (2009). “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”. *Revista de Psicología da IMED* 1: 147-158. Disponible en <<http://revistapsico.imed.edu.br/arq/200906182079214237.pdf>>.
- BARONDESS, J.A. (2008). “Toward Healthy Aging: The Preservation of Health”. *Journal of the American Geriatrics Society* 56: 145-148.
- BOURDIEU, P. (1985). “The Social Space and the Genesis of Groups”. *Theory and Society* 14 (6): 723-744. Disponible en <<http://www.soc.ucsb.edu/ct/pages/JWM/Syllabi/Bourdieu/SocialSpaceGG.pdf>>.
- BRAITHWAITE, V. (2004). “Reducing Ageism”. En *Ageism*, compilado por T.D. Nelson, 331-332. Cambridge: The MIT Press.
- BRYANT, L.L., K.K. CORBETT y J.S. KUTNER (2001). “In their Own Words: A Model of Healthy Aging”. *Social Science and Medicine* 53: 927-941.
- CASTRO, R., L. CAMPERO y B. HERNÁNDEZ (1997). “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos”. *Revista de Saúde Pública* 31 (4): 425-435. Disponible en <<http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2011/files/2011/02/La-investigaci%C3%B3n-sobre-apoyo-social-en-salud.pdf>>.
- CIDEC (2009). *Envejecimiento activo. Perspectivas y estrategias*. Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones (Cuadernos de Trabajo —Formación, Empleo, Cualificaciones— 44). Dispo-

- nible en <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cidec-envejecimientoactivo-01.pdf>>.
- CHRISTENSEN, D.A., R. ERVIK y I. HELGØY (2003). "The Impact of Institutional Legacies on Active Ageing Policies: Norway and UK as Contrasting Cases". Stein Rokkan Centre for Social Studies. Working Paper 18. Disponible en <<http://www.ub.uib.no/elpub/rokkan/N/N18-03.pdf>>.
- CEPAL (2003). *Panorama Social de América Latina 2002-2003*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/12980/Sintesis_2003_esp.pdf>.
- DABAS, E., y N. PERRONE (1999). *Redes en salud*. FUNCER. Disponible en <<http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf>>.
- GAETE, J.M., J. RIVERA y H. ROMÁN (2009). "Aplicación del modelo de redes personales al estudio de los ancianos dependientes". *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 19 (3): 121-131.
- GONZÁLEZ, D.L., y Q.I. VIDAUD (2009). "Factores para evaluar la viabilidad de proyectos de conservación de edificaciones esenciales, no productivas, en zonas sísmicas". *Ingeniería. Revista Académica* 13 (1): 25-39.
- GUZMÁN, J.M., E. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2003). "Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual". *Notas de Población* 37: 35-70. Santiago de Chile: Celade-CEPAL. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf>.
- HUTCHINSON, T., P. MORRISON y K. MIKHAILOVICH (2006). *A Review of the Literature on Active Ageing*. Canberra: University of Canberra, Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. Disponible en <<http://www.canberra.edu.au/centres/healthpact/attachments/pdf/active-ageing.pdf>>.

- IACUB, R. (2002). "La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología". *Revista Latinoamericana de Psicología* 34: 155-157.
- INEGI (2011). *Censo de población y vivienda 2010* [en línea]. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <<http://www.censo2010.org.mx/>>.
- LEENERTS, M.H., C.S. TEEL y M.K. PENDLETON (2002). "Building a Model of Self-Care for Health Promotion in Aging". *Journal of Nursing Scholarship* 34 (4): 355-361.
- LLOPIS, C.J. (2005). "Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda". *Periferia* 3. Disponible en <<http://www.periferia.name>>.
- MARTÍN GARCÍA, A.V. (2000). "Diez visiones de la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo". *Revista de Educación* 323: 161-182. Disponible en <http://www.doredin.mec.es/documentos/0082_0073004088.pdf>.
- MARTÍNEZ-MALDONADO, M.L., E. CORREA-MUÑOZ y V.M. MENDOZA-NÚÑEZ (2007). "Program of Active Aging in a Rural Mexican Community: A Qualitative Approach". *BMC Public Health* 7: 276. Disponible en <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/276>>.
- MELÉNDEZ-MORAL, J.C., J.M. TOMÁS-MIGUEL y E. NAVARRO-PARDO (2007). "Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim". *Salud Pública de México* 49: 408-414.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., y M.L. MARTÍNEZ-MALDONADO (2009). *Programa de envejecimiento saludable para la prevención y el control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial*. México: Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"-UNAM/ Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social Conacyt/Proyecto 87139.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., M.L. MARTÍNEZ-MALDONADO y E. CORREA-MUÑOZ (2009). "Implementation of an Active Aging Model in Mexico for Prevention and Control of Chro-

- nic Diseases in the Elderly”. *BMC Geriatrics* 9: 4. Disponible en <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>>.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., M.A. SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ y E. CORRREA-MUÑOZ (2008). *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México: Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”-UNAM.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., E. CORREA-MUÑOZ, M. SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ y R. RETANA-UGALDE (1996). “Modelo de atención de núcleos gerontológicos”. *Geriatrka. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología* 12: 15-21.
- MONTES DE OCA, V. (2001). “Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 16 (3): 585-613. El Colegio de México.
- ONU (2007). *World Population Ageing 2007*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas.
- PARRY, C., y E.A. COLEMAN (2010). “Active Roles for Older Adults in Navigating Care Transitions: Lessons Learned from the Care Transitions Intervention”. *Open Longevity Science* 4: 43-50. Disponible en <<http://www.benthamscience.com/open/tolsj/articles/V004/SI0009TOLSJ/43TOLSJ.pdf>>.
- REQUEJO OSORIO, A. (2009). “La educación de ‘personas mayores’ en el contexto europeo”. *EFORA* 3: 45-63. Disponible en <http://campus.usal.es/~efora/efora_03/articulos_efora_03/n3_01_requejo_osorio.pdf>.
- SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, M.A., A. ARRONTE-ROSALES y V.M. MENDOZA-NÚÑEZ (2009). “Effect of a Self-Care Program on Oxidative Stress and Cognitive Function in an Older Mexican Urban-Dwelling Population”. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 13: 791-796.
- SANTOS DE SANTOS, Z.C. (2009). “Adulto mayor, redes sociales e integración”. *Trabajo Social* 11: 159-174. Disponible en

<<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/viewFile/14583/15416>>.

- SCHRAEDER, C., P. SHELTON y M. SAGER (2001). "The Effects of a Collaborative Model of Primary Care on the Mortality and Hospital Use of Community-Dwelling Older Adults". *The Journal of Gerontology Medical Sciences* 56A: M106-M112.
- VERA NORIEGA, J.A., T.I. SOTELO QUIÑONES y M.T. DOMÍNGUEZ GUEDEA (2005). "Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores". *Psicología y Educación* 7: 57-78. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80270205>>.
- WALTER, A. (2006). "Active Ageing in Employment: Its Meaning and Potential". *Asia-Pacific Review* 13: 78-93.
- WHO (1999). *Ageing. Exploding the Myths*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf>.
- WHO (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>.

ESTRATEGIAS DE APOYO TRANSNACIONAL
ANTE EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO
Y ESTADOS UNIDOS¹

Verónica Montes de Oca Zavala
Rogelio Sáenz

INTRODUCCIÓN

La migración internacional en México ha sido un fenómeno de larga data y representa uno de los procesos demográficos de mayor impacto en la vida social, familiar y económica del país (Gamio, 1969; Massey, 1990). Las migraciones suceden por la falta de oportunidades y por el anhelo de superación en las comunidades de origen; por ello representa una estrategia de supervivencia para miles de familias de los medios rural y urbano. Sin embargo, entre los efectos que este fenómeno genera se encuentran las transformaciones en la dinámica familiar, cambios en la estructura y la composición de los hogares, y reacomodo del patrón de apoyos y cuidados dirigidos a la niñez, las mujeres y los ancianos.

En las últimas dos décadas, México comenzó a experimentar un proceso de envejecimiento demográfico que profundiza los cambios en el sistema de cuidado de los adultos mayores (Ham, 2003; Gomes y Montes de Oca, 2004). La transición epidemiológica ha traído como consecuencia un cambio en el perfil de morbilidad y mortalidad en el que las enfermedades transmisibles

¹ Los autores agradecen la lectura cuidadosa y los comentarios del doctor Telésforo Ramírez y la maestra Nadia Santillanes.

tienden a disminuir y aumentan las crónico-degenerativas, las cuales, combinadas con la pobreza, transforman la dinámica de apoyo familiar. Otro elemento más que contribuye en gran medida a esta recomposición es el de las remesas que llegan de los familiares migrantes; de este recurso dependen ampliamente las familias en sus lugares de origen, y en ellas, los ancianos. Un elemento que consideramos importante para los adultos mayores es que en México los sistemas de salud y de pensiones tienen una cobertura insuficiente.

Considerando que la migración de mexicanos a Estados Unidos está muy enraizada, el significativo envejecimiento de la población de ese país ha hecho de los trabajadores mexicanos un grupo cada vez más indispensable para su economía. Los migrantes mexicanos se encuentran distribuidos desproporcionadamente en los sectores agrícolas, de servicios y de construcción de la economía. Además, el envejecimiento de la población de Estados Unidos se intensificará mientras el amplio sector de *baby boomers* (nacidos entre 1945 y 1964) alcanza la edad de retiro en 2011. Por lo tanto, es probable que muchos mexicanos continúen mudándose a Estados Unidos y las familias sigan separándose a lo largo de la frontera.

Por su parte, Estados Unidos enfrenta tres condiciones en su dinámica demográfica actual: la reducción de los índices de natalidad, el envejecimiento demográfico y la intensa inmigración de trabajadores que complementan su fuerza laboral. La población migrante de origen mexicano representa la minoría más numerosa. En ese país, todos los grupos sociodemográficos experimentan también los efectos de la transición epidemiológica. Distintos reportes mencionan que la generación de *baby boomers* está alcanzando edades avanzadas, y cuando este grupo de 77 millones de personas se retire del mercado laboral, los sistemas de salud y servicios sociales para la vejez estarán cada vez más lejos de ser suficientes (Kane, 2007; Kingson, 2007; Castañeda, 2009).

Desde una perspectiva binacional, la relación México-Estados Unidos experimenta una paradoja: en la economía estadounidense hay una demanda muy fuerte de trabajadores inmigrantes para sostener el sistema de pensiones de los jubilados y también para trabajar en la producción de alimentos y en el área de servicios, pero su contratación se realiza en forma precaria y con una mínima cobertura de prestaciones y atención médica, especialmente con respecto al cuidado de la salud física y mental. No obstante, esta población migrante es central en el sistema de cuidado y apoyo de los ancianos en México y Estados Unidos.

Este capítulo tiene como objetivo identificar las estrategias que utilizan los hijos y las hijas migrantes y no migrantes en México y Estados Unidos para atender las necesidades de sus familiares ancianos, en especial en lo que se refiere al cuidado de la salud física y mental. Para ello se utiliza una metodología mixta cuantitativa y cualitativa con fuentes de información secundaria y entrevistas a hijos y padres ancianos en México y Estados Unidos. En la primera parte presentamos varios antecedentes: la migración internacional en México, el proceso de envejecimiento y la dinámica del sistema de apoyo intergeneracional. En la segunda parte se presentan evidencias de las estrategias de cuidado de la salud y apoyo a los ancianos, tanto en México como en Estados Unidos, de las que se sirve su descendencia.

Para desarrollar nuestro análisis nos apoyamos en la tipología propuesta por V. Montes de Oca, A. Molina y R. Ávalos (2008): 1) hombres y mujeres envejecidos que nunca migraron y que residen en contextos de alta intensidad migratoria en México; 2) hombres y mujeres ancianos con hijos e hijas ausentes; 3) hombres y mujeres mexicanos emigrantes que viven su vejez en Estados Unidos; y 4) hombres y mujeres ancianos que van y vienen en ambos países. En cada uno de estos tipos se analizarán las estrategias que siguen los hijos y los padres para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud en la vejez.

LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL MÉXICO-ESTADOS UNIDOS

La migración entre México y Estados Unidos ha sido muy fuerte durante los siglos XX y XXI. Las migraciones han estado marcadas por los siguientes eventos históricos: el Enganche (1900-1920), durante la Revolución Mexicana (1910-1917), en la etapa de Repatriación (los años treinta), posteriormente por el “Programa Bracero” (1942-1964), más tarde con el Programa de Reunificación Familiar que comenzó en 1965, décadas después por la Ley de Amnistía (IRCA) en 1980, por el North American Free Trade Agreement (NAFTA) en 1994, por la caída de las Torres Gemelas el 11 de septiembre de 2001, y por la Ley Arizona (SB1070). Ha sido muy difícil concretar un acuerdo en materia migratoria con el gobierno estadounidense.

Más recientemente, los flujos migratorios se han incrementado. Entre 2000 y 2005 emigró a Estados Unidos un promedio anual de 410 000 individuos procedentes de todos los estados y regiones de México (INEGI, 2005). En 2008, cerca de 31 millones de mexicanos residían en ese país, con documentos o sin ellos. Esta cantidad representa el 10% de la población total de Estados Unidos. El 37% de las personas de origen mexicano (11.4 millones) nació en México (Ruggles *et al.*, 2010) (gráficas 1-4). De acuerdo con datos de la oficina del censo de Estados Unidos, los lugares de destino de los inmigrantes mexicanos se encuentran distribuidos en estados como California (11.3 millones), Texas (7.7 millones), Arizona (1.8 millones) e Illinois (1.6 millones). Sin embargo, las personas de origen mexicano están cada vez más moviéndose hacia un “nuevo destino” en el sur y el Medio Oeste de Estados Unidos, donde históricamente había poca población de origen mexicano o latino (Sáenz *et al.*, 2003; Zúñiga y Hernández-León, 2005).

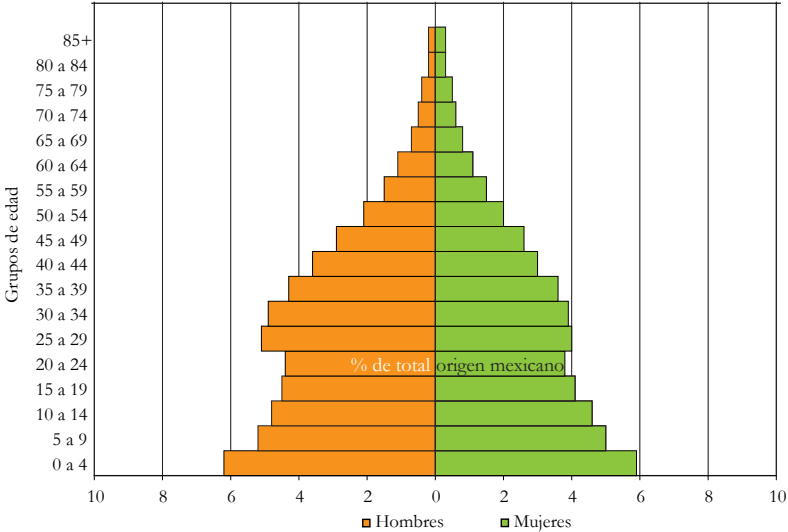
La población de origen mexicano en Estados Unidos es más joven que el resto. El 31% tiene menos de 15 años y sólo el 4%

tiene 65 años y más, lo que equivale a 1.2 millones de mexicanos en este rango de edad. Pero, de acuerdo con estimaciones oficiales, este grupo de población crecerá a ritmos acelerados en las próximas décadas.

En México, los estados de origen de los migrantes mexicanos son principalmente Michoacán, Zacatecas, Jalisco y Guanajuato, de la región Occidente, y el Bajío en el centro del país. Sin embargo, en la última década los migrantes proceden en mayor número del sur y de las regiones indígenas de México, como Chiapas y Oaxaca, donde la migración había sido históricamente baja (Batalova y Terrazas, 2010).

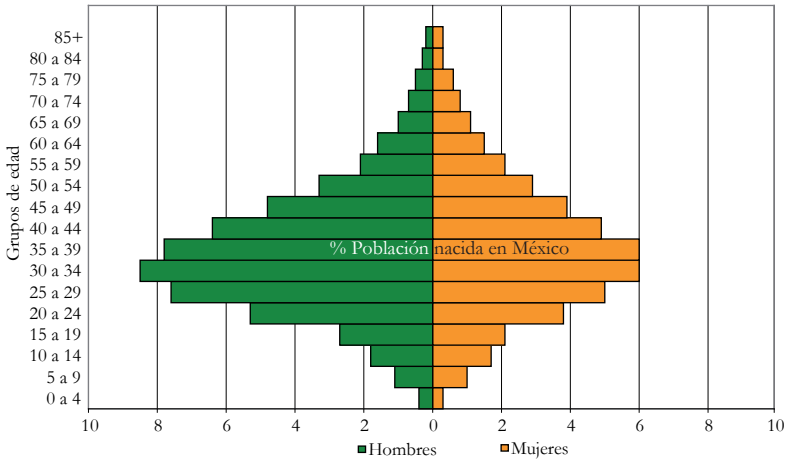
La migración mexicana a Estados Unidos ha sido controlada oficialmente por parte del gobierno estadounidense; pero, paradójicamente, los mercados de trabajo de ese país demandan fuerza de trabajo mexicana para abaratar sus costos de producción.

GRÁFICA 1
PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN MEXICANO
EN ESTADOS UNIDOS, 2008



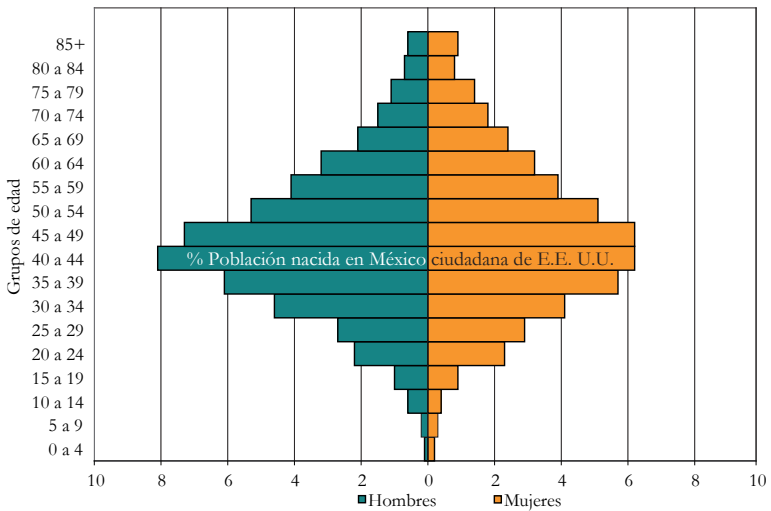
Fuente: U.S. Census Bureau.

GRÁFICA 2
 PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN NACIDA EN MÉXICO
 EN ESTADOS UNIDOS, 2008



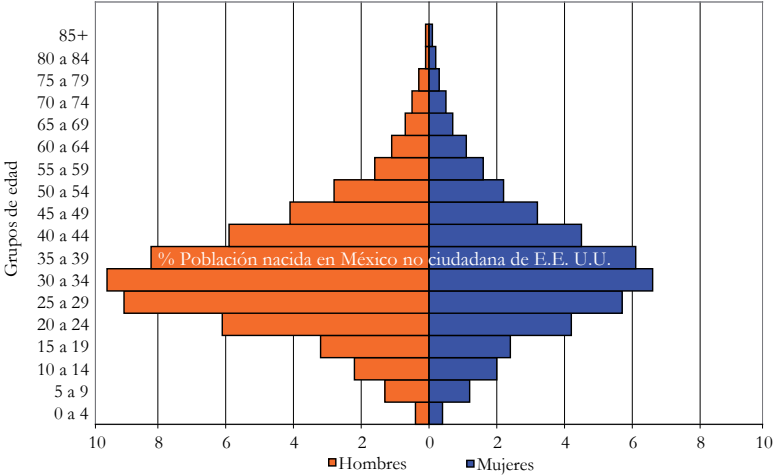
Fuente: U.S. Census Bureau.

GRÁFICA 3
 PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN NACIDA EN MÉXICO CIUDADANA
 EN ESTADOS UNIDOS, 2008



Fuente: U.S. Census Bureau.

GRÁFICA 4
PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN NACIDA EN MÉXICO NO CIUDADANA
EN ESTADOS UNIDOS, 2008



Fuente: U.S. Census Bureau.

El 71.5% de la población migrante hacia Estados Unidos se traslada sin documentos;² esta condición los hace objeto de explotación como trabajadores, pues aceptan realizar actividades laborales de alto riesgo para su salud y no se quejan (debido a que carecen de documentos), por lo que muchos empleadores los prefieren sobre otros trabajadores. Los inmigrantes mexicanos tienden a concentrarse en actividades agrícolas; en el procesamiento de carnes, aves y pescado; en la construcción; como meseros/meseras o cocineros; en el servicio doméstico y como amas de llaves; en intendencia y limpieza (Douglas y Sáenz, 2008). La precariedad de las actividades laborales de los mexicanos en Estados Unidos, su mayor exposición al riesgo y su poco acceso a los servicios de salud ponen a la población inmigrante en franca desventaja para mejorar su calidad de vida.

² Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (INEGI, 2006).

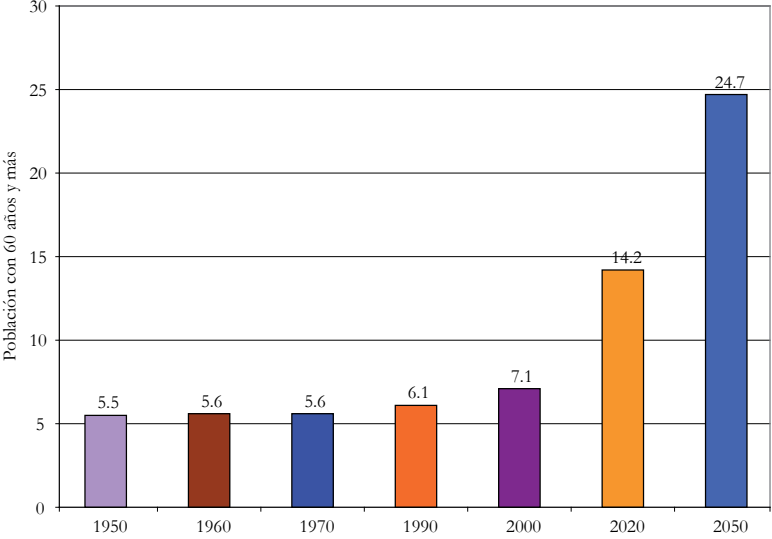
ENVEJECIMIENTO, ACCESO A LA SALUD Y MIGRACIÓN EN MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS

En México, el descenso de la mortalidad se inició en la década de los cuarenta y la caída de la fecundidad en los setenta, hasta alcanzar en 2010 una tasa global de fecundidad de 2.2 hijos por mujer en edad reproductiva. En el 2000, las personas con 60 años o más eran el 7% de la población en México. Las proyecciones de población realizadas por la oficina del censo de Estados Unidos indican que este grupo poblacional representará 14.2% en 2020 y casi 25% en 2050 (gráfica 5).

Por otra parte, en México, aunque la salud es considerada un derecho, los servicios de salud públicos y gratuitos no han cubierto a la totalidad de la población y se requiere que los servicios de primer nivel mejoren su calidad. En 2005, casi el 50% de la población mexicana carecía de servicios médicos y la población con 60 años y más contaba en un 56.3% con servicios de atención a la salud. Entre los derechohabientes con 60 años y más, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) da cobertura a poco más del 60%; al 16% lo asiste el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y al 11.4%, el seguro popular;³ al resto lo amparan otras instituciones de seguridad social (Montes de Oca y Hebrero, 2006). Los servicios médicos de salud privados los compra un porcentaje muy pequeño de la población y en general se combinan servicios públicos y privados (Gomes, 2002) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006).

³ El Seguro Popular es la modalidad de protección de la salud instrumentada por el gobierno de Vicente Fox para la población mexicana que anteriormente no tenía derecho a los servicios médicos. Se puso en marcha a partir de la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de marzo de 2002. En 2010 tenía una cobertura del 80% de la población no derechohabiente (Coneval, 2010).

GRÁFICA 5
PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN MÉXICO
(1960-2050)



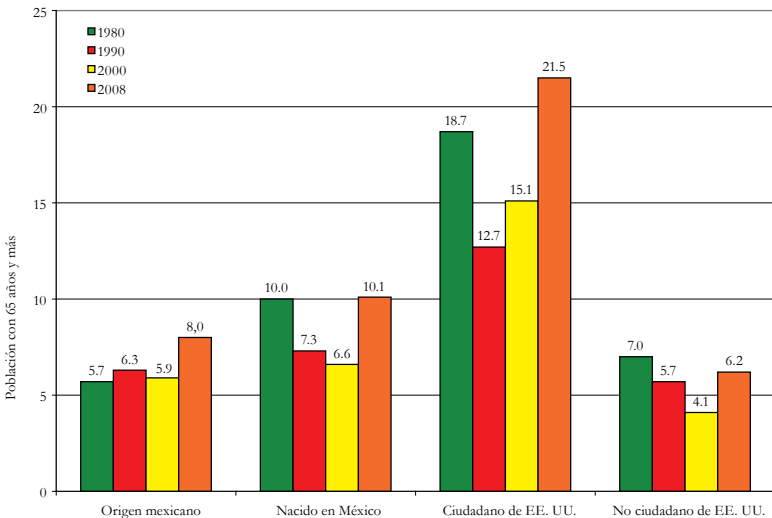
Fuente: INEGI; U. S. Census Bureau World Projections.

En Estados Unidos, el envejecimiento demográfico es mucho más avanzado. En 2010, las personas con 65 o más años suponían el 13% de la población (Werner, 2011). La población adulta mayor de Estados Unidos crecerá bruscamente a principios de 2011, cuando el primer segmento *baby boomer* nacido entre 1946 y 1964 alcance la edad de retiro. Las proyecciones de población sugieren que, para 2030, la población mayor constituirá el 20% de la población de Estados Unidos (U.S. Census Bureau, 2013). En contraste con el caso de México, en Estados Unidos la salud no es un derecho constitucional. El sistema de salud de ese país es mayoritariamente privado y es financiado por un sistema de servicios privados que abarca desde compañías de seguros hasta clínicas asociadas con farmacéuticas. Para tener atención médica es necesario contratar los servicios a través de las empresas donde laboran los trabajadores o, de manera individual, en las clínicas

de salud, pero sólo se atiende a población con residencia legal (Santillanes, 2009).

Por otro lado, un estudio muestra que el 53% de los mexicanos que residen en Estados Unidos no posee cobertura de servicios médicos. De acuerdo con la Encuesta de la Comunidad Americana de 2008, el 56% de los mexicanos no nacidos en Estados Unidos carecen de alguna forma de seguro (Ruggles *et al.*, 2010). La falta de seguridad en salud es particularmente alta entre los inmigrantes mexicanos que entraron por primera vez a Estados Unidos hace menos de 10 años (el 72% no tiene seguro), quienes están viviendo en pobreza (70%), y aquellos que no están naturalizados como ciudadanos estadounidenses (64%). En el caso de la población adulta mayor, aproximadamente el 15% no cuenta con seguridad de salud. Sin embargo, el 57% de aquellos que llegaron por primera vez hace menos de 10 años carecen de seguros.

GRÁFICA 6
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN MEXICANO CON 60 AÑOS Y MÁS EN ESTADOS UNIDOS POR CATEGORÍA DE CIUDADANÍA (1980-2008)



Fuente: UPUMS.

La suficiencia o la insuficiencia de adecuados servicios de salud en ambos lados de la frontera afecta las estrategias del cuidado de la salud de toda la población. Si se cuenta con documentos para trabajar en Estados Unidos, es muy probable que se cuente con servicio médico (*insurance*), de lo contrario hay que pagar atención médica a través de algún *medical centre* autorizado para población sin *insurance*.

En México, si se vive en áreas rurales, los servicios médicos se restringen a las clínicas de salud y al Seguro Popular de las cabeceras municipales; si se vive en áreas urbanas hay más posibilidades de ser atendido por las clínicas de salud para población abierta. En caso de ser trabajador formal, en México puede contar con el IMSS o con el ISSSTE y puede afiliarse al servicio médico a los padres ancianos como dependientes económicos. Este antecedente en materia de servicios médicos es sustancial para entender las estrategias que usan los hijos migrantes para dar servicios médicos a sus padres ancianos en caso de enfermedad o accidente en México y Estados Unidos.

LAS FAMILIAS, LA MIGRACIÓN Y EL ENVEJECIMIENTO

La migración y el envejecimiento están repercutiendo en la estructura, la composición y la dinámica de los hogares mexicanos, así como en los arreglos de cuidado y apoyo a los familiares en edad avanzada. Así, por ejemplo, es común encontrar hogares conformados por familias nucleares incompletas, compuestas o monoparentales por tener miembros migrantes: en algunos lugares, las jefas de familia, los hijos y los nietos representan a la población económicamente activa de esos hogares, y también en muchas ocasiones sostienen económicamente a sus descendientes y familiares ancianos. Si bien hay hogares nacionales, transfronterizos y transnacionales, en estos últimos las remesas que envían los migrantes desde Estados Unidos representan una fuente de ingresos de suma importancia, los cuales se utilizan

principalmente para hacer frente a emergencias, accidentes, enfermedades, consumo cotidiano y vivienda. La importancia de las remesas no es sólo económica, sino también afectiva, pues sostiene y refuerza los vínculos familiares en ambos lados de la frontera.

No obstante, el costo de la ausencia que genera la migración tiene consecuencias socioculturales y psicológicas tanto para los que se van como para los que se quedan (Ariza y D'Aubeterre, 2009), lo cual también impacta en la salud física y mental de los familiares que residen en las comunidades de origen.

Las redes históricas de comunicación entre las familias mexicanas y las de la Unión Americana han generado familias transnacionales (Massey y Espinosa, 1992; Martínez Veiga, 2004). Desde una perspectiva binacional es posible analizar las relaciones que mantienen los migrantes con sus familias y comunidades para atender y cuidar la salud de los familiares, en especial con los de edad avanzada. Otros estudios han logrado identificar el papel de las remesas en la economía familiar, y el funcionamiento de las redes sociales y los sistemas de cuidado y apoyo entre los migrantes, sus descendientes y ascendientes (Canales, 2005; Huerta Rodríguez, 2007; Montes de Oca, Molina y Ávalos, 2008).

Estas relaciones intergeneracionales resultan cruciales para los hijos migrantes y para los que se quedan en México, especialmente para la población anciana. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem, 2001), la condición migratoria y edad de los hijos repercute en el tipo y la frecuencia del apoyo dirigido a sus padres o abuelos. A nivel nacional se observa que los hijos que han migrado, cuando son jóvenes, tienden a enviar remesas, mientras que los mayores van adquiriendo otras obligaciones y dejan de enviar apoyo a México. Esto muestra que, conforme pasa el tiempo, la descendencia va perdiendo el vínculo con sus padres y la fuerza del apoyo termina por disminuir (Montes de Oca y Hebrero, 2005). Esta situación se recrudece cuando la política migratoria

es más severa e impide el contacto físico entre padres e hijos. En las comunidades de origen, los otros padres ancianos con hijos no migrantes reciben apoyo instrumental, afectivo y económico de ellos.

Para aminorar los efectos que genera la migración en las familias mexicanas se ha planteado un programa de reunificación familiar que, desde 1965, sostiene la política de inmigración a Estados Unidos. A través de este proceso pueden inmigrar familiares directos (hijos, cónyuges y padres/madres) de los inmigrantes documentados. Por medio de este programa inmigran a Estados Unidos dos tercios de los nuevos inmigrantes. Este programa representa, para los hijos inmigrantes, un mecanismo por el cual pueden ingresar a Estados Unidos padres/madres ancianos que se van quedando solos en las comunidades de origen. México es el principal país que recurre a este programa migratorio. Muchos de los hombres y mujeres adultos mayores residentes en Estados Unidos han inmigrado en la vejez gracias a que los hijos lo solicitaron (Hatch, 2007). Sin duda, este programa intenta aminorar el efecto de la migración sobre los familiares ascendentes, pero la desvinculación del anciano de sus comunidades de origen representa una agresión que vulnera su salud física y emocional; los ancianos terminan aislados de sus amistades y parientes, cerca de los hijos pero incomunicados socialmente (Barros, 2005).

Las estrategias de cuidado y apoyo se vuelven cruciales cuando se conoce que los ancianos residentes en México tienen un perfil de morbilidad que muestra diferencias de acuerdo a su condición migratoria. La Mexican Health and Aging Survey (MHAS, 2001) muestra que el porcentaje de adultos mayores diagnosticados con hipertensión es ligeramente superior en la población sin experiencia migratoria. Las proporciones de adultos mayores diagnosticados con artritis y reumatismo no muestran diferencias significativas. Por otro lado, cuando analizamos esta información según sexo y cohorte de nacimiento, de acuerdo con

la condición de experiencia migratoria a Estados Unidos, se constata que las enfermedades respiratorias, la diabetes, la artritis y el reumatismo son ligeramente superiores entre la población con experiencia migratoria, en especial en la población femenina perteneciente a la cohorte de 70 años y más (Montes de Oca *et al.*, 2009).

EL ESTUDIO

De acuerdo con estos antecedentes, el presente capítulo busca identificar las estrategias de apoyo que establecen las familias con miembros migrantes para el cuidado y la atención de la salud de sus parientes ancianos en México y Estados Unidos. Desde la década de los noventa, los estudios sobre migración internacional comenzaron a tener auge; esto ha permitido identificar las prácticas y experiencias que el transnacionalismo genera en las sociedades. En este sentido, cobran especial relevancia los vínculos transnacionales intergeneracionales que se establecen, tanto los que surgen por la movilización de recursos entre las poblaciones que migran como los que se forman entre quienes permanecen en las comunidades de origen. Si bien se desplazan poblaciones, también se intercambian entre ellas prácticas, costumbres, creencias, identidades, conocimientos y tradiciones que adquieren sentidos diversos en espacios sociales transnacionales que trascienden a los propios territorios involucrados (Glick, Basch y Blanc, 1992; Guarnizo, 2003).

Este estudio es una reflexión específica sobre una investigación más amplia acerca de “Envejecimientos, familias y desarrollo social en México y Estados Unidos”, cuyos primeros productos fueron: 1) el Programa Especial Gerontológico para el Estado de Guanajuato (2003-2005) con base en una estrategia metodológica cuantitativa y cualitativa; 2) el diagnóstico sobre envejecimiento a nivel nacional (2006); 3) el estudio sobre envejecimiento rural en municipios de alta migración (2005-2006) financiado por

Conacyt; 4) la investigación binacional sobre “Migración, redes transnacionales y envejecimiento” (2006-2008), y 5) la investigación binacional sobre el impacto de la migración en la salud de los adultos mayores en Estados Unidos y México, que contó con financiamiento del Programa Migración y Salud de la Universidad de California en Berkeley.

Se establecieron convenios de colaboración entre la Universidad Nacional Autónoma de México y el gobierno del estado de Guanajuato, Conacyt y la Universidad de California en Berkeley. La evidencia recolectada permite analizar muchas temáticas, entre ellas el papel de la migración en el envejecimiento y, en especial, en las redes de apoyo transnacional desde muchos puntos de vista. En esta ocasión, la hipótesis que se plantea es que *la migración internacional y el envejecimiento demográfico establecen estrategias transnacionales entre los hijos migrantes y no migrantes para el cuidado de la salud de los adultos mayores, dada la insuficiencia de servicios de salud en ambos lados de la frontera.*

METODOLOGÍA

Este estudio busca identificar los mecanismos establecidos por familiares para el cuidado y atención médica de sus familiares mayores en México y en Estados Unidos. Para identificar estas estrategias usamos información de tres proyectos de investigación que cuentan con entrevistas cualitativas intensivas a adultos mayores y sus descendientes en Estados Unidos y México. El primer grupo de investigaciones⁴ está basado en 120 entrevistas a personas con 50 años y más que vivían en el estado de Guanajuato en México, uno de los principales estados generadores de migrantes de la parte central de México. Se realizaron entrevistas a

⁴ Programa Especial Gerontológico, 2005, con financiamiento del gobierno de Guanajuato, 2004-2006. Envejecimiento rural en municipios de alta migración, Conacyt, 2005-2006.

CUADRO 1
 ESTRATEGIA METODOLÓGICA MULTITETÁPICA SOBRE “ENVEJECIMIENTO, FAMILIAS Y DESARROLLO SOCIAL EN MÉXICO
 Y ESTADOS UNIDOS”, 2003-2010

| <i>Nivel</i> | <i>Tipo de información</i> | <i>Método</i> | <i>Características</i> | <i>Temas</i> | <i>Variables / Temáticas</i> |
|--------------|--|--|--|---|---|
| Macro | Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, Enasem (2001) [Salió en 2003] | Cuantitativo nacional (análisis transversal) | 15 230 casos con 50 años y más en áreas menos urbanizadas y más urbanizadas de los 32 estados de México. | Datos sociodemográficos Migración Redes de apoyo Remesas Salud Hogares y más | Edad, Sexo, Hogares Descendencia Condición migratoria Lugar de migración Tiempo de residencia Transferencias formales e informales, Tipos de apoyo, monetario, no monetario Frecuencia del envío |
| Mezzo | Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores, EEPAM (2004) | Cuantitativo estatal (análisis transversal) | 2000 casos en áreas rurales y urbanas. Todos con 50 años o más. | Datos sociodemográficos Migración Redes de apoyo Remesas Salud física y mental Hogares y más | Edad, Sexo, Hogares Descendencia Condición migratoria Lugar de migración Tiempo de residencia Transferencias formales e informales, Tipos de apoyo, monetario, no monetario Frecuencia del envío |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Micro | Entrevistas a personas con 50 años y más en Guanajuato (2004-2006) | Cualitativo Análisis de narrativas con Nvivo | 120 entrevistas a personas con 50 años y más en 20 municipios de Guanajuato | Percepciones y experiencias del apoyo recibido por los hijos migrantes y no migrantes Estrategias de la familia para ayudar a la vejez | Experiencia migratoria, percepciones sobre la dinámica familiar, el cuidado de la salud, los apoyos de los hijos, los cambios en los patrones alimenticios, experiencias en la atención a la salud, consumo de medicamentos, seguimiento de los tratamientos médicos, estrategias de cuidado de la salud |
| Micro Binacional Fase 1 | Entrevistas a hijos de adultos mayores de Guanajuato | Cualitativo Análisis de narrativas con Nvivo | 30 entrevistas a hijos de personas adultas de Gto. en Dallas, Tx., y Chicago, Ill., EUA | Percepciones y estrategias de apoyo para la familia y los padres ancianos Experiencia migratoria | Experiencia migratoria, percepciones sobre la dinámica familiar, el cuidado de la salud, los apoyos de los hijos, los cambios en los patrones alimenticios, experiencias en la atención a la salud, consumo de medicamentos, seguimientos a los tratamientos médicos, estrategias de cuidado a la salud |
| Micro Binacional Fase 2 | Entrevistas a migrantes con 50 años y más en Guanajuato y Zacatecas, así como en Dallas, Texas; Los Ángeles, Cal., y Chicago, Illinois | Cualitativo Análisis de entrevistas Observación participante | 55 entrevistas en Estados Unidos y 36 entrevistas en Guanajuato y Zacatecas | Impacto de la migración en la salud de hombres y mujeres adultos mayores | Historia migratoria, historia de la salud-enfermedad, historia laboral, redes de apoyo social en caso de enfermedades, estrategias para prevenir enfermedades, alimentación, salud reproductiva y accidentes laborales, entre otros |

Fuente: Elaboración propia.

ancianos en 20 de 46 municipios de Guanajuato durante 2004-2006. Asimismo, en un segundo proyecto de la investigación⁵ se realizaron 30 entrevistas con hijos y padres inmigrantes mexicanos residentes en las ciudades de Dallas, Texas, y Chicago, Illinois, en Estados Unidos durante julio-octubre de 2006. En un tercer proyecto⁶ se siguió a algunos de los informantes de las etapas previas y se agregaron 91 entrevistas a personas con 50 años y más de los lugares ya mencionados, pero añadimos Zacatecas y Los Ángeles, California; estas entrevistas se hicieron entre febrero y julio de 2010. Estas ciudades de Estados Unidos son algunos de los principales destinos de la población migrante guanajuatense y zacatecana. El cuadro 1 expone las fases de la investigación.

Si bien la información con la que se cuenta es muy amplia, en este artículo centramos el análisis en el impacto de la migración y el envejecimiento sobre el sistema de cuidado de la salud que proveen los hijos migrantes y no migrantes a sus familiares ancianos en ambos lados de la frontera. Para ello seleccionamos a la población femenina o masculina con 50 años y más con alguno de los siguientes criterios: deterioro físico o mental, con presencia de enfermedad o que experimentaron las secuelas de algún accidente o padecimiento crónico-degenerativo; los casos elegidos se agruparon con base en la tipología que propusieron Montes de Oca y colaboradores (2008).

Además, para obtener el contexto de las historias que emergen de nuestras entrevistas, también recurrimos a dos encuestas para identificar los patrones de nuestros entrevistados. La primera de estas encuestas, realizada en 2001, es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, referida en este capítulo como Enasem. Ésta es una encuesta nacional de corte trans-

⁵ Migración, redes transnacionales y envejecimiento, gobierno de Guanajuato, 2006-2008.

⁶ El impacto de la migración en la salud de hombres y mujeres adultos mayores en México y Estados Unidos, 2008-2010.

versal que involucra a 15 230 casos de personas con 50 años y más. El estudio recolecta una variedad de información relativa a las características sociodemográficas, migración, redes de apoyo, remesas, salud y arreglos domésticos. La segunda fuente secundaria usada fue la Encuesta Estatal para Personas Adultos Mayores de Guanajuato, levantada en 2004 (EEPAM-Gto., 2004). La EEPAM cuenta con 2 000 casos de personas con 50 años o más que viven en la entidad en áreas rurales y urbanas. El 10.9% de la población con 50 años y más en Guanajuato tuvo experiencia migratoria hacia Estados Unidos (198 casos). Entre los varones este porcentaje es del 22.3%, mientras que las mujeres adultas mayores no llegan al 1%. La propensión de estas generaciones a migrar es más patente entre quienes vivían en áreas rurales. De la actual población rural con 50 años y más, 15% ha sido migrante hacia Estados Unidos, mientras que de los que actualmente residen en áreas urbanas sólo han migrado en un 9% (EEPAM-Gto., 2004).

ESTRATEGIAS DE APOYO TRANSNACIONAL Y ENVEJECIMIENTO EN GUANAJUATO, MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS

Guanajuato tiene aproximadamente cinco millones de habitantes, es una de las cinco primeras entidades federativas con mayor intensidad migratoria de las 32 que componen el país (Corona, 1987, citado en Ramírez, 2009). Guanajuato es una de las entidades del Bajío que experimenta migración internacional desde hace más de un siglo, por eso no hay personas en Guanajuato que no tengan familiares o conocidos en Estados Unidos. Muchos hogares son transnacionales y en el imaginario de la población masculina subyace la migración como una estrategia compartida cada vez más por mujeres, niños y ancianos. La población con 60 años y más representa el 8%, equivalente a cerca de 420 000 personas. Hay 79 hombres por cada 100 mujeres y el 12% de la población tiene alguna discapacidad (Conapo, 2002).

En las familias transnacionales de Guanajuato, los miembros distantes mantienen contacto, envían apoyos y participan en la toma de decisiones familiares, pero en un nivel menor de quienes sí están presentes. De acuerdo con EEPAM-Gto. (2004), si los hijos no son migrantes, los apoyos económicos y no económicos son más diversificados en contraste con los de quienes han migrado, y no sólo eso, pues las ayudas las envían con mayor frecuencia. En el caso de los hijos que tienen experiencia migratoria, proporcionan un apoyo económico y no económico menos diverso y menos frecuente.

Este comportamiento de los hijos migrantes a Estados Unidos se debe a que la mayoría no cuenta con documentos para residir y trabajar en ese país. Eso los hace inestables en el trabajo y genera alta movilidad en su lugar de residencia. Los hijos migrantes no pueden cuidar directamente a sus padres ancianos, pero proveen recursos económicos, ayuda que tendrá vigencia conforme a la incorporación económica del inmigrante a la sociedad que lo recibe.

Por otro lado, al observar cómo se viven la vejez y la longevidad en Guanajuato, se puede constatar que existen familias de tres o cuatro generaciones, producto de la fecundidad temprana incluso de generaciones jóvenes. Ello permite que el sistema de protección y cuidado familiar sea compartido por varias generaciones juntas. Las mujeres en edad reproductiva cuidan a sus propios padres/madres ancianos, mientras que éstos conviven con sus hijas y nueras ante la salida de los esposos. Esta dinámica puede cambiar repentinamente por la llegada o salida de los emigrantes varones. La oferta de empleo y las oportunidades que provienen de las redes transnacionales generan un proceso de adaptación muy vertiginoso y frágil que descubre las vulnerabilidades del sistema familiar de apoyo en dichas localidades. La migración trastoca los sistemas tradicionales de reproducción social y vuelve vulnerable tanto a la población infantil como a la población anciana (Montes de Oca, 2008).

La EEPAM-Gto. (2004) muestra que las condiciones económicas y de salud de la población con 50 años en Guanajuato no son muy favorables. La muestra realizada en localidades urbanas y rurales en la entidad señala que un menor porcentaje al nacional recibe pensión en Guanajuato, y los que cuentan con ella se concentran en áreas urbanas. En términos generales, la desigualdad que se experimenta a nivel nacional entre los hombres y mujeres adultos mayores se recrudece en la realidad rural de Guanajuato. En cuanto a la salud, la encuesta señala que el 40% de la población con 50 años y más reporta haber sido diagnosticado con al menos una enfermedad crónica. La hipertensión arterial, la diabetes, el reumatismo, la artritis, las enfermedades del corazón, la bronquitis crónica, los cánceres y los trastornos de la memoria son las más reportadas. La distribución entre la población con 50 años y más muestra que la presencia de hipertensión arterial es mucho más significativa en las mujeres que en los hombres; algo similar sucede con la diabetes y la artritis.

Los tipos de ancianos en las localidades rurales de México con alta intensidad migratoria tienen variadas experiencias que vinculan la migración, las familias transnacionales y las relaciones intergeneracionales de apoyo. El sistema familiar de cuidado de la salud de los ancianos depende de varias circunstancias: en primer lugar, de la gravedad de la enfermedad o funcionalidad del anciano; en segundo lugar se encuentran los antecedentes del anciano y su condición migratoria. Durante los tiempos del Programa Bracero (1945-1964) y hasta la Immigration Reform and Control Act (IRCA) (1986), los migrantes mexicanos —en su mayoría, hombres— podían moverse con mayor facilidad en ambos lados de la frontera. Si el jefe de la familia eventualmente obtenía la residencia, podía optar por reunificar a su familia en Estados Unidos. Si ambos lograban obtener documentos, entonces, ya retirados, podían ir y venir en diferentes temporadas del año. Vale la pena notar que el proceso de legalización es largo y difícil.

En otros casos, los hoy adultos mayores en su etapa productiva y reproductiva formaron su familia en la Unión Americana y quedaron con poca comunicación con sus lugares de origen. Otros ancianos nunca migraron, principalmente mujeres, pero sus hijos en épocas más recientes sí lo han hecho; ellos ven disminuidas sus redes familiares en la vejez, aunque siguen manteniendo contacto con sus hijos a través de transferencias económicas mediante las remesas o por medio de apoyo no económico, el cual en muchos casos no es frecuente.

Las principales actividades económicas que realizaron las personas mayores que migraron a Estados Unidos se concentraron en el sector agrícola (56%) y en el de servicios (15.4%); otros sectores importantes fueron el forestal y la industria. Esas actividades económicas son consideradas de alto esfuerzo físico con repercusiones en la salud. La gran mayoría de quienes migraron lo hicieron la primera vez de manera indocumentada (59%), otros legalmente (24.6%) y a través de un programa de trabajo (15.3%). De acuerdo con la EEPAM-Gto. (2004), el tiempo promedio para trabajar en Estados Unidos fue de seis años. Los motivos de retorno de los que migraron a Estados Unidos y regresaron a México en 2004 fueron: porque se acabó el trabajo (38.9%), por razones familiares (27.3%), porque no le gustó (14.1%), porque lo deportaron (7.6%), extrañaba México (5.6%), para seguir estudiando (3%), por reparto de tierras y por razones de salud (1%). De todos los que migraron, el 34% tiene familia en Estados Unidos y en promedio registran a dos miembros radicando en ese país.

En esta sección mostraremos algunas de las estrategias que siguen los hijos migrantes y no migrantes en el cuidado de la salud de sus padres y madres en edad avanzada, que seleccionamos intencionalmente con alguna enfermedad crónico-degenerativa física o mental, así como una limitada funcionalidad derivada de múltiples causas. Como estrategia metodológica nos apoyamos en una investigación previa (Montes de Oca *et al.*, 2008)

que encontró varios tipos de adultos mayores con redes transnacionales con base en su propia condición migratoria: 1) hombres y mujeres adultos mayores que nunca migraron y que residen en México en contextos de alta intensidad migratoria; 2) hombres y mujeres adultos mayores que residen en localidades rurales de México cuya descendencia está ausente; 3) hombres y mujeres adultos mayores que residen tiempo completo en Estados Unidos con residencia y ciudadanía, pero otros son inexistentes en cuanto a derechos en la Unión Americana; 4) hombres y mujeres adultos mayores que cuentan con las mejores condiciones de vida en la vejez y que pueden estar con documentos en Estados Unidos y en México.

La edad de los entrevistados en nuestro trabajo de campo oscila entre los 52 y los 91 años. En cuanto a los padecimientos de la salud de los entrevistados en México y en Estados Unidos, observamos consistencia con respecto al perfil de morbilidad señalado en páginas previas. No obstante, los entrevistados fueron más concretos con su sintomatología. Ellos padecen diabetes en diferentes niveles de gravedad: algunos comienzan a perder la vista y la funcionalidad, la gran mayoría son dependientes de una alimentación determinada, así como de medicamentos y revisiones médicas periódicas. Por otro lado, también muchos de ellos sufren síntomas de depresión y de dolores derivados de reumatismo y artritis. Para nuestro estudio se consideró si en años recientes sufrieron un accidente o alguna enfermedad.

Para hacer más clara nuestra descripción de las condiciones de vida de esta generación, identificamos las siguientes características de cada grupo: lugar de residencia, experiencia migratoria y estatus, condiciones de salud, y los arreglos para su cuidado, sus fuentes de ingresos, el lugar de residencia de sus descendientes y el tipo de redes de apoyo social con que cuentan. Estos indicadores nos dan una aproximación de los patrones de vida más frecuentes que los constituyen como grupo.

1) “Yo nunca me fui”. Los hombres y mujeres adultos mayores que no migraron

Estimamos que este grupo es el más grande en México y sus redes son básicamente locales. A pesar de la fuerza de la migración en la historia de Guanajuato, muchos de nuestros entrevistados nunca se fueron. Dado que la migración es selectiva, este grupo de la población permaneció toda su vida, o buena parte de ella, en sus comunidades de origen. Algunos nunca salieron del estado, dada la ausencia de transporte público, lo lejano de algunos municipios y las condiciones de pobreza. La posibilidad de migrar la consideraron en sus vidas como una oportunidad que decidieron rechazar por muchas razones: el miedo a perder a su familia, el riesgo de migrar, así como carecer de ahorros para pagar a los *coyotes*⁷ su traslado. La gran mayoría son viudos y no saben leer ni escribir. Sus principales actividades fueron en la agricultura de subsistencia.

Este grupo es mayoritariamente femenino, ya que la migración fue masculina desde la década de los treinta hasta los sesenta. Si bien existen personas de este grupo que reportaron buena salud, muchos ya sufren secuelas de sus enfermedades. Los arreglos familiares de vida son muy variados: pueden vivir en hogares nucleares con hijos solteros o en hogares extensos con hijos y nietos. También hay quienes viven solos.

Las condiciones de vida de quienes nunca migraron han sido difíciles. La pobreza es un antecedente que condicionó su estancia en México, ya que no lograron ahorrar para ir al otro lado, ni tuvieron las redes sociales suficientes para migrar. Sus oportuni-

⁷ Para Alonso (2001), *el coyote* puede ser un intermediario (indígena o no); por lo general es sinónimo de poder económico y político, pero también de explotación y abuso. En consecuencia (al menos en la región de la Huasteca náhuatl), al animal lo denominan *cuacoyotl* o *chichicoyotl* (lobo), porque el coyote (*coyotl* o *coyome* en plural) es una persona/actor social que genera desconfianza. Este concepto de coyote describe a un traficante de migrantes o *migrant smuggler* (Alonso, 2001).

dades laborales se ciñeron a trabajar el campo en sus comunidades de origen. Cuidar su tierra y seguir cultivando en ella no les redituó en el tiempo; más todavía, su tierra perdió valor y la producción del campo perdió la protección del Estado mexicano. Hoy la cosecha es para el autoconsumo familiar y para sus animales, los cuales representan activos que pueden vender en caso de emergencias (Montes de Oca, 2008).

En este grupo que nunca migró se pudo observar la presión familiar que motivaba su salida, pero ellos optaron por quedarse a criar a sus hijos. Para la familia, la migración representaba una forma de subsistencia, de superación e incluso de reconocimiento social. Circunstancia o decisión, ellos actualmente tienen el respaldo de sus hijos en la medida en que sus condiciones socioeconómicas les permiten apoyarlos.

Por ejemplo, don Juan se encuentra casado, tiene 72 años, tuvo tres hijos y vive con su esposa, su nuera, sus hijos y sus nietos en el municipio de Atarjea, Guanajuato. Él nunca migró y hace poco se le encontró agua en los pulmones, por lo cual se sentía muy mal. Recurrió al centro médico del municipio y lo iban a enviar a una clínica del estado de Guanajuato, pero gracias a que tiene una hija en Querétaro prefirió ir a otra clínica en dicho estado. La nuera lo preparó para llevarlo a Querétaro con su hija. Aquí es importante observar cómo los padres escogen servicios de salud cercanos a los hijos a fin de poder afianzar su tratamiento médico con el apoyo de su descendencia.

Entre todos los hijos, los padres ancianos prefieren moverse con las hijas, aunque no vivan con él. Cuando se ingresa a las clínicas públicas de salud por largos periodos, la distancia de la familia no facilita su cuidado; eso implica otros problemas que muchas veces no se pueden solucionar, debido a las condiciones de pobreza en que viven los ancianos en zonas rurales. La hija de don Juan le dijo que era mejor atenderse en Querétaro, aunque él no resida en ese estado. Otra cuestión importante es que la carencia de buenos servicios médicos en las comunidades rurales

de origen propicia el uso de servicios privados, los cuales esta población no puede pagar; por ello, prefiere acudir a servicios médicos públicos justo donde residen los hijos. Hay que anotar que en caso de no contar con este recurso, los ancianos enfermos quedan expuestos a los deficientes servicios de salud pública o comunitaria de las localidades de origen, muchas veces con riesgo de morir.

En caso de enfermedad, los hijos atienden a sus padres mediante los recursos médicos formales cercanos a ellos, donde la descendencia pueda cumplir con sus propias obligaciones de padres-trabajadores y su deber filial para con sus padres/madres. Los padres seleccionan entre los hijos a los mejor ubicados, los mejor organizados o los de mejor situación económica. En el caso de don Juan, la hija está mejor ubicada, ya que vive cerca de una clínica más confiable. Además, culturalmente existe en México una mayor tendencia a fincar el cuidado de la salud de los familiares en las hijas. La relación entre género y cuidado es un aspecto ampliamente documentado en las familias mexicanas (Robles, 2007; Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011).

Generalmente, una vez recuperada la salud, regresan a su casa y se establece una estrategia de cuidado con los hijos cercanos a ellos, la cual funciona hasta que confían en haber sanado. La numerosa descendencia de los ancianos de este grupo facilita el uso de diversos recursos, pero todos se desarrollan a nivel local o interestatal.

El caso de don Juan, como el de otros adultos mayores que nunca migraron, refleja una situación común entre quienes viven con sus hijos en México. Las estrategias en el cuidado de la salud casi siempre se concentran en quienes están cercanos, pero las características de los hijos influyen de manera importante. El género, la situación económica y el lugar de residencia próximo a los servicios de salud pueden influir en las decisiones familiares. En el caso de los varones que no migraron y que cuentan con esposa e hijos, la situación se torna favorable en la medida en que

reciben apoyo informal. Pero aquí en México, y especialmente en algunos municipios de Guanajuato, los atrasos en materia de salud también influyen en las estrategias de los hijos para ocuparse del cuidado de la salud de sus padres.

La situación parece no ser muy diferente para las mujeres, pero lo más probable es que ya no cuenten con su esposo, sea por separación o por viudez. La descendencia, especialmente las hijas, se hace cargo del cuidado de sus madres. Ellas, por ser quienes se quedaron en México, son las que en la vejez cuentan con mayor apoyo de sus hijos, a menos que éstos hayan migrado. Los hijos en las comunidades de origen pueden contar con apoyo económico de sus hermanos migrantes, pero hay una pesada responsabilidad para quienes se quedan en México.

La diversidad de situaciones no puede agotarse en este documento; no obstante, la evidencia encontrada sugiere que las estrategias de este grupo para el cuidado de la salud son básicamente locales y se auxilian con el apoyo del exterior. Una gran ventaja es la supervivencia de un amplio número de hijos que ayudan a sus padres en la vejez. El tamaño de las redes familiares de este grupo de ancianos que nunca migraron resulta importante, pero en estos contextos de enfermedad y de toma de decisiones inmediata, son las características socioeconómicas de la descendencia las que pueden facilitar apoyo y cuidado más efectivos. También el lugar de residencia del adulto mayor es muy importante, pues la accesibilidad de los servicios de salud determina la estrategia familiar.

Don Juan ilustra la importancia de mantener buenas relaciones con los hijos:

Yo sólo tenía amor por ellos [sus hijos]. Yo he visto a otros abandonar sus hijos y ya no los pueden ver. Esa idea realmente me afectó. Y como yo digo: “si los abandono, me van a odiar, no me van a reconocer como su padre”. Tuve muchas razones para permanecer con ellos debido a que los hijos de uno dan ayuda. Y

bendito sea Dios, que ellos me dicen que yo no tengo que trabajar, “no te preocupes por la vida, te vamos a ayudar, no tienes que pensar en nada”.

Hay que señalar que existe un número significativo de hombres y mujeres mayores que no migraron, tampoco tuvieron descendencia y posiblemente nunca se casaron. Sobresalen los varones en esta condición. De acuerdo con la EEPAM-Gto. (2004), cerca del 14% de los entrevistados con 50 años y más declararon estar sin ayuda de nadie; resaltan los varones mayores de áreas rurales. Este subgrupo es muy importante, ya que carece de redes primarias de apoyo en su vejez para la vida diaria y para atender problemas de salud.

2) *“Es muy duro tener hijos ausentes”: la perspectiva de los ancianos residentes en México con hijos en Estados Unidos*

Este grupo integra a una amplia gama de personas en edad avanzada con una red transnacional y local de cuidados y apoyo en la vejez. Estos ancianos viven en México por distintos motivos: el apego a la tierra, las dificultades de movilidad a Estados Unidos, el cuidado de su salud, o la existencia de más miembros de la familia en el lugar de origen que no han migrado, como hijos solteros, nietos o parientes enfermos, entre los principales. Los motivos anteriores pueden estar relacionados con el hecho de que sus hijos no tienen una condición migratoria estable en Estados Unidos y, por lo tanto, no pueden garantizar mejores condiciones de vida para sus padres ancianos. También es posible que los padres fueran migrantes y tuvieran problemas legales o provenientes de la deportación, lo cual imposibilita su entrada al vecino país del norte.

Otros dos motivos recurrentes entre estos ancianos son el miedo de vivir en una tierra extranjera con un idioma diferente, y el temor de importunar a los hijos que se están forjando una nueva vida en Estados Unidos. Los ancianos incluidos en esta categoría

comparten la imposibilidad de residir en el lugar de destino de su descendencia; sin embargo, las circunstancias de vida que experimentan en México varían según el sector socioeconómico y su propio estado de salud, así como por la frecuencia y la calidad del vínculo que sostengan con sus hijos en ambos lados de la frontera.

Los testimonios de los ancianos entrevistados con hijos en Estados Unidos evidencian la tristeza de no saber de algunos de ellos o de tener pocas visitas. Muchos entienden las razones de esta lejanía, pero no deja de provocarles una tristeza crónica. Don Ángel, por ejemplo, hombre de 79 años residente en Valle de Santiago, Gto., quien fue migrante en el Programa Bracero, dice: “Ratos que estoy feliz porque me estoy comunicando con ellos, y ratos que estoy tristón, porque aunque están estas tres aquí [se refiere a sus hijas] no es lo mismo [...]; anhelo la presencia de mis hijos varones”. Además, añade don Ángel, “pueden enviar dinero, pero aquí se les extraña” (refiriéndose a sus hijos). Tales situaciones repercuten directamente en las condiciones de salud mental y el bienestar emocional. En particular, las mujeres tienen una mayor prevalencia de enfermedades mentales en comparación con los hombres. Para empeorar las cosas, estas comunidades carecen de servicios de salud mental.

Muchos de estos ancianos mantienen comunicación con sus hijos en Estados Unidos, pero otros han perdido toda comunicación con ellos, viven una situación de incertidumbre, rezan por ellos todos los días. Doña Beatriz, de 66 años, y su esposo, cuentan de la desaparición del mayor de sus hijos, a quien vieron irse a Estados Unidos y nunca más supieron de él. Llevan más de 12 años sin noticias. En múltiples estudios se muestra que la depresión hace presa tanto de los jóvenes como de los padres que se quedan por la falta de comunicación e información entre ellos (Finch, Kolody y Vega, 2000; Cuéllar, Bastida y Braccio, 2004; Barros, 2005). Una de las principales características que presenta este grupo son los efectos emocionales tanto en los padres ancianos como en los hijos en Estados Unidos; sin embargo, no hay tratamiento ni diagnóstico de este problema en la salud mental.

Este grupo de ancianos dispone de diferentes recursos para subsistir y mantener su salud física y emocional, pero en la mayoría de los casos viven en economías de subsistencia con magros recursos que aporta el trabajar la tierra, y reciben aportaciones en especie o en moneda de los hijos que viven localmente, así como divisas que envían sus descendientes que viven en el exterior. Las remesas pueden variar en monto y frecuencia, pero eso depende de las condiciones de vida y del trabajo que los hijos tengan en Estados Unidos. La situación migratoria de los hijos es determinante, pues generalmente migraron sin documentos, sin residencia o sin ciudadanía. Así lo relata José María, a quien entrevistamos en Dallas, Texas:

Yo tengo ordenado en México que, cuando mis papás se encuentren mal, me lo hagan saber a la brevedad posible, para enviarles dinero o ver qué cosa es necesario hacer para atenderlos. Quien directamente se encarga de cuidarlos es una hermana que vive con ellos. Esta hermana enviudó cuando mataron a su marido en Estados Unidos. (José María nació en Ocampo, Gto., tiene 52 años y reside en Dallas, Texas, sin documentos.)

Este fragmento nos permite ver que hay una alianza estratégica entre los hermanos hombres y mujeres, migrantes y no migrantes, para el cuidado de la salud y los apoyos a los padres en las comunidades de origen. A la vez, hay una división de género en el sistema de cuidado de los padres ancianos: generalmente las hermanas o nueras se encargan del cuidado directo, mientras que los hijos varones envían flujos monetarios cuando así la circunstancia lo requiera. Estas estrategias transnacionales se complementan con las redes sociales locales, las cuales están constituidas por parientes que se quedan en el lugar de origen, los vecinos o las congregaciones de las iglesias locales.

En cambio, cuando los hijos son trabajadores documentados y/o residentes en Estados Unidos, la confianza es mayor. Los envíos de recursos suelen ser más constantes y hay más oportu-

nidades de que los hijos visiten los lugares de origen, o de que los padres visiten a sus hijos en ese país. Muchos ancianos han viajado a conocer a sus nietos, a ayudar a las nueras en el parto, pero esto dura hasta que las condiciones de salud para el viaje permiten movilizar a los padres ancianos.

3) *Los ancianos mexicanos residentes en Estados Unidos: los ciudadanos y los inexistentes*

Este grupo de adultos mayores se caracteriza por residir tiempo completo en Estados Unidos en todo tipo de condiciones migratorias. Su estructura de apoyos está centrada casi en su totalidad en Estados Unidos, pero su condición migratoria determina las estrategias familiares de su descendencia para cuidarlos. Este grupo se divide en: a) los que tienen residencia y/o ciudadanía; b) los que fueron llevados a Estados Unidos por el Programa de Reunificación Familiar; y c) los que no cuentan con documentos y han envejecido en Estados Unidos fuera del sistema en absoluta desventaja social y sanitaria y que denominamos “los inexistentes”.

a) Los ancianos residentes, con ciudadanía de Estados Unidos, es un grupo que migró por trabajo hace varias décadas y estuvo en condiciones de regularizar su situación migratoria.⁸ Además, ellos se han establecido en Estados Unidos pensando en formar una familia, comprar una casa, desarrollar sus principales redes sociales localmente, y tener acceso a una pensión y servicios de salud. Su situación legal es importante para ganar acceso a servicios de salud y recursos similares.

Para ejemplificar esta primera situación hacemos referencia al caso de don Tirso, originario de Ocampo, Gto. Él migró a los

⁸ Esta situación generalmente se presenta en dos momentos históricos: el Programa Bracero (1945-1964) y la Immigration Reform and Control Act (IRCA), mejor conocida como “la amnistía”, presentada en 1986 con la ley Simpson-Rodino.

18 años a trabajar a Dallas, Texas. Su nivel de instrucción era básico en español y no conocía el inglés. Con el apoyo de uno de sus jefes y un párroco de Oak Cliff en Dallas, consiguió después de varios intentos llevar a su esposa desde México. En Estados Unidos procreó a cinco hijos, los cuales viven cerca de él pero no en la misma vivienda. Don Tirso lleva más de 40 años en Dallas y siempre ha tenido trabajo. En uno de ellos, consiguió regularizar sus papeles a través del apoyo de su jefe inmediato, quien consideró que era imprescindible en su empresa.

Actualmente tiene 63 años; él y su esposa tienen diabetes, pero su buena situación socioeconómica les permite tener su *insurance* y, como ya es adulto mayor (*senior*), obtiene descuentos en servicios médicos y medicina a bajo costo en Dallas. Él continúa trabajando y ha logrado llevarse a algunos de sus 13 hermanos a Dallas. Hace poco su madre enfermó en Guanajuato y él la trasladó a la ciudad de Dallas para recibir atención médica y para que viera a sus hermanos; pero la señora no se “halla” en esa ciudad y prefiere regresar a México. Don Tirso y su esposa son autónomos e independientes física, mental y económicamente; ellos representan apoyo para sus hijos. Cuando llegan a enfermar, sus prestaciones laborales facilitan las actividades de apoyo y cuidado de los hijos. Este grupo de ancianos puede llegar a tener acceso a pensiones y atención médica en ese país.

b) Los ancianos llevados a Estados Unidos por el Programa de Reunificación Familiar. Este programa, creado en 1965, tiene la finalidad de reunir a los miembros de las familias separados por la migración. Los inmigrantes que hayan obtenido la nacionalidad tienen derecho a que sus parientes más cercanos —generalmente padres e hijos menores de 21 años—, u otros parientes que deseen patrocinar, residan en Estados Unidos.

Mediante este programa entraron a Estados Unidos 196 234 mexicanos de los 206 426 que fueron admitidos de forma legal en 2001, lo que significó el 95.6% del total de mexicanos con

entrada legal ese año (INS, 2001). Éste es un trámite que en promedio tarda 10 años y no siempre brinda respuestas positivas y oportunas.

En esta situación se encuentra Sandra, originaria de Salvatierra, Gto., cuyos tíos y abuela se mudaron a Estados Unidos en los años setenta y posteriormente uno de esos tíos, mediante el programa de reunificación familiar, solicitó la llegada de sus progenitores: “Mis papás migraron cuando uno de los hermanos se hizo ciudadano y los reclamó, para vivir allá. Ahora mis padres ya están jubilados”. Sandra, quien desde 1989 vive en Chicago, Ill., aún no tiene documentos, pero: “Uno de sus hermanos, quien es ciudadano, me solicitó como dependiente hace 10 años, pero nada ha sucedido”; en la actualidad también considera la posibilidad de que en unos años sus hijos adolescentes nacidos en Estados Unidos la reclamen en este mismo programa. Este caso, además, es un ejemplo de cómo las circunstancias en la política migratoria generan familias mixtas en las que unos miembros tienen documentos para residir en Estados Unidos y otros no.

Encontramos que un sector importante de los ancianos que se acoge a este programa son mujeres. Como dice doña María: “Antes te jalaban los padres, ahora te jala los hijos”. Ésta es una estrategia por la que han optado muchos inmigrantes, pero que llega a tener consecuencias en la salud de los ancianos que en edades avanzadas cambian de contexto de vida. Ellos desconocen el inglés, temen a la velocidad de la ciudad y a otras circunstancias desconocidas, por lo cual muchos de ellos viven en una especie de semicautiverio (Barros, 2005). Para este sector de trasplantados, los grupos de apoyo son inaccesibles, pues generalmente en los barrios no se cuenta con apoyos ni servicios sociales gerontológicos. No obstante, en caso de enfermedad cuentan con clínicas de asistencia que atienden a bajo costo a los mayores, pero esos gastos y el cuidado de ellos dependen absolutamente de los hijos que viven en ese país y especialmente de aquellos que residen en áreas circunvecinas.

Los grupos que se encuentran legalmente en Estados Unidos y que han hecho de este país su principal lugar de residencia generalmente se sostienen de sus pensiones —en caso de tenerlas— y de los ingresos de los hijos, así como de las redes primarias, y su atención médica puede ser a través de los sistemas Medicare, Medicaid y asistencia social. Por otra parte, las mujeres principalmente son dependientes económicas de los hijos y aportan el cuidado de los nietos u otros familiares enfermos que necesitan asistencia especial.

c) “Los inexistentes” son un grupo de migrantes mexicanos del cual se sabe poco, aun son invisibles para las investigaciones sobre envejecimiento, pero que está expuesto a altos niveles de riesgo en su vejez. En esta categoría se integran los ancianos que han desaparecido del contexto familiar, ya sea deliberadamente porque iniciaron una nueva vida familiar, ya sea por alguna otra circunstancia que los ha dejado en un limbo social. Son personas que pudieron experimentar conductas adictivas, problemas legales, encarcelamiento o internamiento en alguna institución psiquiátrica, y que, en algunos casos, han devenido también en indigentes (*homeless*).

Entre otras circunstancias está el “fracaso social”, el cual muchas veces es consecuencia de no haber obtenido un buen trabajo, o de ahorrar y enviar recursos a los familiares que se quedaron en México. Sean cuales hayan sido sus motivos, ellos cortaron con las redes de apoyo que les habrían permitido alcanzar una vejez estable, sana y emocionalmente acompañada.

La mayoría de estos viejos se encuentra en un segmento social que requiere altos niveles de asistencia y servicios sociales. Además, por falta de documentos migratorios carecen de seguro médico o pensión, por lo que no cuentan con ayuda suficiente para tener condiciones de vida aceptables. Los apoyos que reciben son restringidos y generalmente se reducen a aquellos que proveen las comunidades locales, las iglesias, los ayuntamientos, las organizaciones de barrio, las comunidades de migrantes o las

asociaciones civiles. Este tipo de apoyos suelen ser limitados y, por lo tanto, insuficientes para tener una vida digna.

4) *“Tenemos el corazón partido”: los ancianos golondrinos y sus arreglos transnacionales*

Este grupo cuenta con recursos legales, económicos y redes sociales suficientes en ambos lados de la frontera para poder transitar libremente en las dos naciones. La estructura de apoyos y de cuidados de estos ancianos es transnacional. Es posible que pasen los inviernos en México, lejos del frío, y vuelvan a Estados Unidos en temporadas cálidas para estar con la familia y realizarse chequeos médicos o hacer los trámites administrativos de sus pensiones, de sus propiedades, ahorros, seguros, etcétera. Dada su libertad migratoria, se les denominó ancianos golondrinos. Algunos de estos adultos mayores gozan de los beneficios de tener ambas nacionalidades o al menos la residencia. Ellos son un grupo minoritario que vivió las mejores condiciones de la política migratoria de la posguerra o que pudieron acogerse al programa de reunión familiar.

Se encontró que las personas mayores que integran este grupo, a pesar de haber sido diagnosticadas con enfermedades crónicas, tienen un cuidado preventivo de su salud física y mental. Estas personas tienen seguimiento médico constante, independientemente del lugar donde se encuentren. Este sector ha desarrollado estrategias que le permiten tomar lo mejor de ambos mundos, aprecian el bajo costo de las medicinas, el conocimiento y el acceso a la medicina tradicional y la calidad de los alimentos en México; sin embargo, en Estados Unidos utilizan los servicios de Medicare y Medicaid, a los que tienen derecho por ser ciudadanos *seniors*, para obtener diagnósticos y estudios médicos que consideran más confiables en caso de urgencia o gravedad. Sus hijos los pueden apoyar con cuidados y costos extraordinarios, aunque en gran medida ellos son autosuficientes

en temas de salud. Este grupo, por su alta autonomía física, puede moverse a donde sus redes garanticen un mejor cuidado, pero con el tiempo tendrá que radicar en un solo lugar, probablemente donde su esposa y su descendencia se encuentren.

Este grupo puede ejemplificarse con varios casos de migrantes de retorno, como el de don Pablo, originario de Santiago Maravatío, migrante del Programa Bracero, pero en cuya vejez vive por temporadas en México y en Estados Unidos. Tiene 82 años y su esposa e hijos radican en California. El resto de su familia, primos, sobrinos y hermanos, vive en Guanajuato. Don Pablo es autodidacta, como muchos migrantes que se fueron sin saber leer ni escribir en español y que con el tiempo entendieron el inglés en un nivel funcional. Actualmente escribe muy bien en ambos idiomas y tiene una amplia participación social y política. Don Pablo cuenta con ciudadanía mexicana y americana, además de tener posesiones en ambos lados de la frontera. Cuando él enferma en México, sus sobrinos que viven localmente le procuran atención médica y los cuidados adecuados para su pronta recuperación, mientras que los hijos que están en “el otro lado” de la frontera se mantienen en contacto telefónicamente; pero si la gravedad es mayor, él se traslada a California para recibir atención más especializada, con el beneficio de que los hijos no desatenderán su trabajo por brindarle mejores cuidados médicos.

Como se puede observar, en este grupo predominan los migrantes de retorno con ciudadanía que no paran de moverse en ambos lados de la frontera. Es el caso de don Gumersindo, con 80 años de edad, viudo y con un solo hijo en Estados Unidos. Aunque es un golondrino, no tiene el mismo capital social que otros cuya descendencia es más numerosa. Él estuvo trabajando 36 años en diferentes estados de la Unión Americana, obtuvo papeles que autorizaron su residencia, pero cuando se jubiló decidió regresar a su comunidad de origen, donde vive un hermano. Cuando llega a enfermar, el hijo se lo lleva a Estados Unidos. Muchos migrantes de retorno en su vejez deciden regresar a su

tierra de origen a morir; ése es el gran sueño de los migrantes. Sin embargo, esta situación de apoyarse con familias transnacionales no es tan potente, pues depende en gran medida del número de hijos, de la situación socioeconómica de ellos y de la condición migratoria de todos.

Otro caso interesante es el de Rubén, un hombre de 37 años, y sus padres, todos originarios de Ocampo, Gto. Rubén es residente estadounidense y, a través de él, su madre también. A pesar de que su padre aún vive, no tiene acceso a Estados Unidos debido a problemas legales que tuvo en el pasado. Por lo tanto, la madre de Rubén divide su tiempo entre México y Estados Unidos para estar con su marido y sus hijos, situación por la que ella expresa que tiene “el corazón partido”.

La causa principal de la movilidad cíclica de este grupo es el cuidado de la salud, la optimización de los recursos en ambos lados de la frontera y el papel activo que mantienen con respecto a los hijos y familiares en ambos países. Si bien gozan de las mejores condiciones en comparación con los otros grupos, lo cierto es que viven una constante ansiedad por estar en un lado y en el otro. En una emergencia ellos terminarán junto a los hijos que mayor seguridad les proporcionen, en México o en Estados Unidos. Este grupo ha aprendido a tener lo mejor de ambos mundos y ha desarrollado estrategias para lograrlo.

Como es posible observar, las condiciones de vida de estos cuatro grupos son muy distintas, aunque existen elementos que las unifican, como recurrir al vínculo familiar y sus redes primarias en contextos de migración. Por otra parte, es muy importante considerar el peso que tiene la condición migratoria, tanto de ellos como de su descendencia; su estado de salud también es muy importante, así como los beneficios que lograron acumular por su trabajo en ambos lados de la frontera. Cabe mencionar que aunque muchos de ellos tuvieron un número considerable de hijos, en el caso de quienes no cuentan con ellos o con pocos (1 o 2) las diferencias en las estrategias sí son evidentes, pues hay

menos apoyo. Ante esta situación, ellos recurren a la familia más amplia de interacción (hermanos y sobrinos), la cual básicamente está en México.

CONCLUSIONES

La migración internacional siempre propicia dinámicas complejas en las familias. A este fenómeno hay que añadir el progresivo envejecimiento que experimentan las poblaciones de ambos países. Si bien en México los sistemas de seguridad social y atención médica no tienen cobertura universal, sí son instituciones públicas, mientras que en Estados Unidos los sistemas de salud son privados y los migrantes mexicanos en su mayoría no cuentan con estos servicios.

Las condiciones de pobreza en las que vive la población mexicana de las áreas rurales ha forzado desde hace décadas a abandonar los lugares que los vieron nacer. Esto es especialmente cierto para el Bajío, región donde se encuentra ubicado Guanajuato. Así es como la migración es un fenómeno histórico que continuará por las relaciones geopolíticas históricas y recientes entre México y Estados Unidos.

Sin embargo, dadas las circunstancias socioeconómicas de ambos países, el futuro que se vislumbra es muy diferente: mientras los migrantes mexicanos de áreas rurales sigan suministrando mano de obra mexicana a Estados Unidos, el futuro del campo mexicano se volverá inviable y se perderá la soberanía alimentaria. A fin de cuentas, las edades de la población que se queda se encuentran en los extremos de la escala demográfica y, como consecuencia, el grupo en edad productiva no puede trabajar la tierra. Este aspecto redundante en despoblamiento y eventual desaparición de poblaciones, pero también en modificaciones en las estrategias de apoyo a la familia.

La migración y el envejecimiento demográfico son dos procesos que tienen consecuencias en México y en Estados Unidos.

Un efecto de ellos es el papel que cumplen las familias transnacionales en las actividades de apoyo y cuidado de los miembros ancianos. Estas actividades se ven afectadas por factores externos en Estados Unidos, por los factores en las comunidades de origen, así como por las características sociodemográficas y de la salud de los adultos mayores. Entre estas características sobresale la experiencia migratoria de los propios ancianos, así como de la descendencia.

La hipótesis que se planteó es que la migración internacional y el envejecimiento demográfico de la población mexicana que vive en México y en Estados Unidos establece estrategias transnacionales para el cuidado de la salud de los adultos mayores, dada la insuficiencia de servicios de salud en ambos países. Para probar e indagar sobre este planteamiento de investigación seguimos una estrategia inicialmente cuantitativa y posteriormente cualitativa de tipo binacional.

Además, se usó una tipología desarrollada por Montes de Oca *et al.* (2008) que enlaza la condición migratoria de los adultos mayores y sus apoyos locales y/o transnacionales. Se identificaron cuatro categorías: 1) los que nunca migraron y cuyas redes son sólo mexicanas; 2) los que residen en México, con apoyo de familias en Estados Unidos; 3) los que residen en Estados Unidos en tres circunstancias diferentes: con sus hijos como consecuencia de su propia migración laboral, los que se acogieron al programa de reunificación familiar, y los inexistentes o desarraigados; por último están 4) los ancianos golondrinos (Montes de Oca *et al.*, 2008).

Todos los grupos muestran estrategias diferentes en cuanto al apoyo y cuidado de la salud de los ancianos. La fluidez y la eficiencia del apoyo están condicionadas por la experiencia migratoria de los padres ancianos como de sus hijos. El género y la condición migratoria de hijos y padres para residir en Estados Unidos facilitan mucho las acciones de cuidado intergeneracional. El programa de reunificación familiar también es un factor que propicia cuidados transnacionales, pero aún falta explorar más las

consecuencias de este programa. Otro elemento que aparece central es la doble nacionalidad, que permite a los migrantes regresar a sus comunidades de origen sin perder sus beneficios logrados por el trabajo en Estados Unidos, además de que esa condición, si tienen la información adecuada, les brinda oportunidades económicas, sociales y familiares. Sin embargo, éste es un grupo minoritario que difícilmente podrá expandirse si continúan las políticas antiinmigratorias.

Las condiciones de salud física y mental propician en los grupos analizados la adopción de estrategias variadas. Los padecimientos que menguan la salud física de los ancianos son lo más evidente para activar las redes primarias. El deterioro de la salud mental es aún imperceptible y se asocia a la vejez, pero tiene un peso muy importante en la calidad de vida de los ancianos en áreas de intensa migración. No obstante, los efectos emocionales también los experimentan los hijos migrantes que, por encontrarse en un país con leyes migratorias restrictivas, generan distanciamiento, angustia y depresión en la dinámica familiar. Para resolver esta problemática es necesario contar con atención médica especializada, la cual es muy cara en Estados Unidos y prácticamente inexistente en las comunidades rurales de origen.

Por otra parte, los trabajadores migrantes, el día de hoy, tienen menos posibilidades de alcanzar un envejecimiento digno y bien atendido, pues las condiciones laborales en ambos países son más precarias. La situación recesiva de la economía estadounidense seguramente repercutirá en las redes de apoyo transnacional, así como en la calidad de las estrategias familiares hacia el envejecimiento y la salud, situación que es necesario investigar a profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, G. (2001). “Migra, coyotes, paisanos y muertitos: sobre la analiticidad y el sentido de ciertos factores de la migración clandestina en la frontera norte” [“Border patrol, immigrant smugglers, countrymen and the dead: on the analysis and the sense of certain factors of the clandestine migration on the north border”]. *Revista El Bordo* 7. Disponible en <http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol07/migra_coyotes2.html>. Última consulta: 21 de mayo de 2010.
- ANGEL, J.L. (2007). “Immigration Effects on Health Care for Older People”. En *Social Structures: Demographic Changes and the Well-Being of Older Persons*, compilado por K. Warner Schaie y Peter Uhlenberg (editores), 123-157. Nueva York: Springer.
- ANGEL, J., y K. WHITFIELD (compiladores) (2007). *The Health of Ageing Hispanics. The Mexican-Origin Population*. Nueva York: Springer.
- ANGEL, R., J. ANGEL y K. MARKIDES (2003). “Salud física de los mexicanos migrantes mayores en los Estados Unidos”. En *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*, compilado por N. Salgado y R. Wong (editores), 152-172. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ARIZA, M. (2002). “Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión”. *Revista Mexicana de Sociología* 64 (4). octubre-diciembre: 53-84.
- ARIZA, M., y M.E. D’AUBETERRE (2009). “Contigo en la distancia... Dimensiones de la conyugalidad en migrantes mexicanos internos e internacionales”. En *Tramas familiares en el México contemporáneo*, compilado por Cecilia Rabell (coordinadora). UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.
- ARROYO, C., M. RIBEIRO y S. MANCINAS (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*.

- Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León/Universidad Juárez del Estado de Durango.
- BARROS NOCK, M. (2005). "Family Strategies and Grandmothers in Mexican Immigrant Families". Ponencia presentada en la Mexican International Family Strengths Conference. Cuernavaca, Morelos, junio de 2005.
- BATALOVA, J. y A. TERRAZAS (2010). "Frequently Requested Statistics on Immigrants and Immigration in the United States". Migration Information Source, Migration Policy Institute, USA. Disponible en <<http://www.migrationinformation.org/USfocus/display.cfm?ID=818>>.
- CABRERA, G. (2007). *Obras demográficas selectas*. México: El Colegio de México.
- CAMPOS Y COVARRUBIAS, G. (coordinador) (2009). *Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- CANALES, A. (2005). "El papel de las remesas en la configuración de las relaciones familiares transnacionales". *Papeles de Población* 044, abril-junio: 149-171.
- CASTAÑEDA, X. (2009). "La salud de los migrantes: más allá de las fronteras". Ponencia presentada en el Colegio de México, 19 de octubre de 2009.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). *Morbidity and Mortality World Report, 2003*. Atlanta: Centers for Disease and Control Prevention. Disponible en <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>>. Consultada el 15 de octubre de 2009.
- CONAPO (2000). *Situación demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2002). *Indicadores demográficos para adultos mayores*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2006). *Migración México-Estados Unidos. Panorama regional y estatal*. México: Consejo Nacional de Población.

- CONEVAL (2010). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- CORONA, R., y R. TUIRÁN (coordinadores) (2001). “La migración internacional desde y hacia México”. En *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, compilado por José Gómez de León y Cecilia Rabell, 444-484. México: Consejo Nacional de Población/Fondo de Cultura Económica.
- CUÉLLAR, I., E. BASTIDA y S.M. BRACCIO (2004). “Residency in the United States, Subjective Well-Being, and Depression in an Older”. *Journal of Aging and Health* 16 (4): 447-466. California: Sage Publications.
- DOUGLAS, K.M. y R. SÁENZ (2008). “No phone, no vehicle, no English, and no citizenship: The vulnerability of Mexican immigrants in the United States”. En *Globalization and America: Human Rights, and Inequality*, compilado por A.J. Hattery, D.G. Embrick, and E. Smith (editores), 161-180. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- EKERDT, D.J. (2007). “Futures for the Baby Boom: Described, Inscribed and Prescribed”. En *Social Structures: Demographic Changes and the Well-Being of Older Persons*, compilado por K. Warner Schaie y Peter Uhlenberg, 115-122. Nueva York: Springer.
- EPPAM-Gto. (2004). *Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores-Guanajuato*. Base de datos. Guanajuato: Gobierno de Guanajuato-Unidad de Planeación e Inversión Estratégica.
- ENRÍQUEZ, R. (1990). *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana de México*. México: Universidad de Guadalajara/CIESAS.
- ESPINOSA GÓMEZ, R.A. (2004). “Expresiones de liderazgo, poder y desarrollo rural en dos grupos de mujeres en el Bajío guanajuatense”. Tesis de doctorado en Antropología. México: UNAM-Facultad de Filosofía y Letras.

- FINCH, B.K., B. KOLODY y W. VEGA (2000). "Perceived Discrimination and Depression among Mexican-origin Adults in California". *Journal of Health and Social Behavior* 41 (3), septiembre: 295-313.
- FREEDMAN, V.A. (2007). "Demographic Reflections on the Aging of the Baby Boom and its Implications for Health Care (Commentary)". En *Social Structures: Demographic Changes and the Well-Being of Older Persons*, compilado por K. Warner Schaie y Peter Uhlenberg, 80-90. Nueva York: Springer.
- GAMIO, M. (1969). *El inmigrante mexicano. La historia de su vida*. México: UNAM.
- GIST, I., y L. HETZEL (2004). *We the People. Aging in the United States. Census 2000 Special Reports*. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- GLICK SCHILLER, N., L. BASCH y C. BLANC (1992). *Towards a Transnational Perspective on Migration: Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*. Nueva York: New York Academy of Sciences.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO (2005). *Programa especial gerontológico para el estado de Guanajuato. Unidad de Planeación e Inversión Estratégica*. México: Gobierno de Guanajuato.
- GOMES, C., y V. MONTES DE OCA (2004). "Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity". En *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, compilado por Peter Lloyd-Sherlock (editor), 230-248. United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books.
- GUARNIZO, L.E. (2003). "The Economics of Transnational Living". *International Migration Review* 37 (3): 666-699.
- HAM, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Miguel Ángel Porrúa/El Colegio de la Frontera Norte.
- HANS WERNER, W., C. TESCH-RÖMER y A. HOFF (2007). *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental, and Societal Perspectives*. Nueva York: Baywood.

- HATCH, P. (2007). *US Immigration Policy: Family Reunification*. Disponible en <www.lwvlc.org/Hatch2.html>. Consultado el 15 de abril de 2010.
- HUERTA RODRÍGUEZ, L. (2007). “Lazos afectivos de los guanajuatenses que viven en Estados Unidos”. En *Las migraciones Guanajuato-Estados Unidos. Un acercamiento a las distintas dimensiones del fenómeno*, 201-215. México: Gobierno del Estado de Guanajuato/Instituto de Planeación del Estado de Guanajuato/El Colegio de la Frontera Norte.
- INEGI (2005). *II Censo de Población y Vivienda. Base de datos*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Base de datos*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INS (2001). *Statistical Yearbook*. Washington: Immigration Services.
- KANE, R.L. (2007). “What Havoc Will the Boomers Wreak? (Commentary)”. En *Social Structures: Demographic Changes and the Well-Being of Older Persons*, compilado por K. Warner Schaie y Peter Uhlenberg. Nueva York: Springer.
- KINGSON, E.R. (2007). “Perspectives on the Economic Implications of the Aging of Baby Boomers”. En: *Social Structures: Demographic Changes and the Well-Being of Older Persons*, compilado por K. Warner Schaie y Peter Uhlenberg, 91-114. Nueva York: Springer.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2004). *Trabajadores invisibles, precariedad, rotación y pobreza de la inmigración en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- MASSEY, D. (1990). “American Apartheid: Segregation and the Making of the Underclass”. *American Journal of Sociology* 88: 329-357.
- MASSEY, D., y K. ESPINOSA (1992). “What Is Driving Mexican-US Migration? A Theoretical, Empirical and Policy Analysis”. *American Journal of Sociology* 102: 939-999.
- MOONEY, M. (2006). “Migrant’s Social Capital and Investing Remittances in Mexico”. En *Crossing the Border. Research Mexi-*

- can Migration Project*, compilado por J. Durand y D. Massey (editores), 45-62. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- MONTES DE OCA, V. (coordinadora) (2008). *Historias detenidas en el tiempo. El fenómeno migratorio desde la mirada de la vejez en Guanajuato*. México: Gobierno del Estado de Guanajuato.
- MONTES DE OCA, V., A. MOLINA y R. ÁVALOS (2008). *Migración redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de la vejez en Guanajuato*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales/Gobierno del Estado de Guanajuato.
- MONTES DE OCA, V., y M. HEBRERO (2005). “Transferencias intergeneracionales y apoyos económicos y no económicos en México y Guanajuato: aproximaciones macro y micro”. *Revista Notas de Población* 80 (2), octubre: 155-193. Celade-División de Población CEPAL.
- MONTES DE OCA, V., y M. HEBRERO (2006). “Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México”. *Papeles de Población* 50, octubre-diciembre: 97-116. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- MONTES DE OCA, V., T. RAMÍREZ, R. SÁENZ y J. GUILLÉN (2009). “The Migration Experience among Mexican Migrants: A Life Course Perspective Approach for Understand Health in Later Life”. Ponencia presentada en el marco de la Third Conference Aging in the Americas, organizada en la University of Texas at Austin, Texas, 15-17 de septiembre.
- OJEDA, N. (2005). “Familias transfronterizas y familias transnacionales: algunas reflexiones”. *Migraciones Internacionales* 3 (2). julio-diciembre: 167-174.
- RAMÍREZ, T. (2009). “El efecto de la migración internacional masculina a Estados Unidos en el trabajo femenino extrado-méstico en México. Un estudio de caso en el estado de Guanajuato”. Tesis doctoral. El Colegio de México.
- RANGEL GÓMEZ, G., y G. MACÍAS SUÁREZ (2007). “Servicios de salud de los migrantes guanajuatenses”. En *Las migraciones Guanajuato-Estados Unidos. Un acercamiento a las distintas dimen-*

- siones del fenómeno*, 217-236. México: Gobierno del Estado de Guanajuato/Instituto de Planeación del Estado de Guanajuato/El Colegio de la Frontera Norte.
- REYES, L. (2001). “Población indígena mayor. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas”. *Demos* 14: 29-30. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.
- ROBLES SILVA, L. (2001). “El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 48: 561-584.
- ROBLES SILVA, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. México: Universidad de Guadalajara.
- RUGGLES, S., J.T. ALEXANDER, K. GENADEK, R. GOEKEN, M.B. SCHROEDER y M. SOBEK (2010). *Integrated Public Use Microdata Series: Version 5.0 [Machine-readable database]*. Minneapolis: University of Minnesota.
- SÁENZ, R. (2003). “Latinos and the Changing Face of America”. *The American People. Census 2000*, compilado por Reynolds Farley y John Haaga (editores), 352-379. Russell Sage Foundation/ Population Reference Bureau.
- SÁENZ, R., K.M. DONATO, L. GOUVEIA y C. TORRES (2003). “Latinos in the South: A Glimpse of Ongoing Trends and Research”. *Southern Rural Sociology* 19 (1): 1-19.
- SALGADO DE SNYDER, N. (1987). “Mexican Immigrant Women: The Relationship of Ethnic Loyalty and Social Support to Acculturative Stress and Depressive Symptomatology”. Occasional Paper No. 22. Los Angeles: Universidad de California, Spanish Speaking Mental Health Research Center.
- SALGADO DE SNYDER, N. (1993). “Family Life Across the Border: Mexican Wives Left Behind”. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 15 (3): 391-401. California: Sage Publications.
- SALGADO DE SNYDER, N. (2007). “Aging, Health and Migration: The Voices of the Elderly in Mexico”. En *The Health of Aging Hispanic. The Mexican-Origin Population*, compilado por J. Angel y K. Whitfield (editores), 121-133. Nueva York: Springer.

- SANTILLANES ALLANDE, N.I. (2009). “El acceso a los servicios de salud de los migrantes indocumentados poblanos en la ciudad de Nueva York”. Tesis de maestría en Antropología Social. México: Universidad Iberoamericana.
- U.S. CENSUS BUREAU (2008). *American Community Survey*. Disponible en <<http://www.census.gov/acs/www/>>.
- U.S. CENSUS BUREAU (2013). *2012 National Population Projections: Summary Tables*. Washington, D.C.: U.S. Census Bureau. Disponible en <<http://www.census.gov/population/projections/data/national/2012/summarytables.com>>.
- VAN DIJK, S. (2005). *Las voces de niños, niñas y adolescentes sobre el impacto del proceso migratorio. Reporte de investigación*. México: FAI/ Save the Children México.
- VILAR, E., y C. EIBENSHUTZ (2007). “Migración y salud mental: un problema emergente en salud pública”. *Gerencia y Políticas de Salud* 6 (13). julio-diciembre: 11-32. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- WERNER, C. (2011). *The Older Population 2010. Census Brief*. Disponible en <<http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-09.pdf>> (consultado el 6 de junio de 2013).
- ZARZA-ARIZMENDI, M.D. (2008). “Migración y salud”. En *Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos*, compilado por Guillermo Campos y Covarrubias (coordinador), 243-253. México: Miguel Ángel Porrúa.
- ZÚÑIGA, V., y R. HERNÁNDEZ-LEÓN (editores) (2005). *New Destinations: Mexican Immigration in the United States*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

MOTIVOS Y TENDENCIAS DE LA MIGRACIÓN DE ADULTOS MAYORES A ESPAÑA¹

Ángeles Escrivá

INTRODUCCIÓN

A fines del siglo XX, las investigaciones y los medios de comunicación comienzan a notar la variedad de grupos etarios que emergen del estudio de las migraciones internacionales: dentro de Europa, de fuera de Europa hacia el “viejo continente” y de Europa al exterior. Sin embargo, la presuposición de que los flujos están “como siempre estuvieron”, compuestos principalmente de varones jóvenes, ha sido puesta en tela de juicio tanto por revisiones históricas (Sharpe, 2001) como por contemporáneas (IOM, 2010). El patrón del migrante-joven-varón tomó fuerza en Europa en el periodo de la posguerra. Entre las décadas de los cincuenta y los setenta, el sistema de “trabajadores invitados” permitió principalmente la inmigración de hombres jóvenes y de edad media que pudieron llevarse consigo a sus esposas e hijos sólo cuando cambió el clima económico internacional y se cerraron las fronteras (en Francia, Bélgica, los Países Bajos, Alemania, Suiza y el Reino Unido). Por el contrario, la migración hacia el

¹ Este capítulo se basa en parte en un artículo aparecido en 2006 en la revista *Generations Review*, 16(2): 8-15, con el título “Moving to Spain at an advanced age”, cuyo texto ha sido parcialmente traducido, los datos estadísticos actualizados y la cuarta y quinta sección completamente reformuladas para la presente publicación.

sur de Europa (Portugal, España, Italia y Grecia), desde finales de los años ochenta, refleja un cambio en las tendencias demográficas dominantes en el periodo anterior (King y Black, 1997; Anthias y Lazaridis, 2000; Ribas, 2000). Ahora es más común que emigren primero las mujeres, e incluso otros grupos etarios, y que los hombres jóvenes y de edad media lleguen después. En resumidas cuentas, el patrón dominante del migrante varón se contrapone a tendencias tales como:

- a) Las mujeres protagonizan cada vez más los movimientos migratorios internacionales, en algunos casos superando en número a los varones;
- b) Los niños y adolescentes, en número creciente, también están tomando parte en las migraciones internacionales;
- c) Hombres y mujeres de cuarenta, cincuenta, sesenta, setenta e incluso ochenta años migran.

Se puede argumentar que las mujeres y los niños han participado en las migraciones internacionales desde hace décadas como familiares dependientes. No obstante, en la actualidad su participación no siempre está vinculada a procesos de reagrupación familiar, o al menos no está regulada como tal. Por el contrario, un número importante de mujeres y menores dejan sus países de origen por sí mismos, a menudo cruzando las fronteras clandestinamente. Migran con el propósito de encontrar mejores medios de vida, para reunirse con sus parientes, ayudar económicamente a la familia que quedó atrás o incluso apoyar a alguno de sus miembros para que pueda migrar en algún momento posterior (Oso, 2007; Ramírez y Jiménez, 2005).

Los flujos migratorios formados principalmente por mujeres que, independientemente de su nivel educativo, se emplearon como trabajadoras del hogar, a menudo en régimen interno, contaban con un porcentaje pequeño pero significativo de personas de 45 y más años de edad. Todas las mujeres, con el paso del

tiempo, a medida que fueron regularizando su situación legal y consiguiendo mejores puestos, han reagrupado a miembros de su familia, incluidos en muchos casos padres y otros parientes mayores (Díaz-Gorfinkiel y Escrivá, 2013). Experiencias similares de migración internacional a edad avanzada para trabajar remunerada o no remuneradamente se han descrito con respecto a otros grupos en España: marroquíes o búlgaros (Escrivá, 2013; Soultanova, 2007; Deneva, 2012),² europeos del este y latinoamericanos en general (Colectivo Ioé, 2001 y 2005), e incipientemente en asiáticos (Beltrán, 2010). Estos otros estudios confirman las observaciones apuntadas sobre el caso peruano e ilustran cómo la migración en la segunda mitad de la vida está convirtiéndose en un fenómeno más general y global.

La decisión de emigrar no es sólo el resultado de elecciones y circunstancias personales, sino también del deseo de influir positivamente en las condiciones de vida de los que están alrededor, tal y como la teoría de las estrategias familiares sugiere (Hugo, 1998). De igual manera, la familia y sus circunstancias pueden tener un rol explícito o implícito en la decisión de emigrar, tanto de los niños como de las mujeres más jóvenes y las de más edad (García, 2010).

A pesar de que se observa una participación creciente de los adultos mayores en las migraciones internacionales, la literatura científica todavía no se ha centrado en este campo (Thomas, 2003); en cambio, el estudio sobre la relación entre migración y envejecimiento se dirige principalmente hacia las siguientes áreas: *a)* la contribución de los migrantes jóvenes a paliar los efectos del envejecimiento demográfico en los países de recepción,³ *b)* el proceso de envejecimiento de los migrantes en los países

² Todos estos estudios publicados se enmarcan dentro del proyecto de investigación titulado “Envejecer en un contexto de migración internacional”, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España con fondos Feder durante 2006-2008 (SEJ2005-08415).

³ En España: Esomi, 2006.

de asentamiento,⁴ *c*) las experiencias de retorno a los países de origen tras la jubilación,⁵ y *d*) las condiciones de los parientes mayores que permanecen en los lugares de origen.⁶ En el terreno específico de la migración a edad avanzada, los esfuerzos se han dedicado especialmente al estudio de las experiencias de los jubilados del norte de Europa o de Norteamérica que se instalan todo o una parte del año en países más cálidos del sur (Casado *et al.*, 2004; Papademetriou *et al.*, 2006). Algunas excepciones que han abordado la situación de los mayores que migran desde países fuertemente emisores son Bolzmann *et al.* (2008) y Deneva (2012).

En todo caso, los cambios demográficos y económicos a escala global están afectando fuertemente las vidas y expectativas de los adultos mayores de cualquier lugar, haciéndolos más vulnerables a la migración que los demás, así como más proclives a migrar ellos mismos. En consecuencia, los adultos mayores de sociedades menos aventajadas se han convertido en nuevos sujetos migrantes, bien a la búsqueda de reagruparse con sus familias, bien migrando independientemente (Escrivá, 2010 y 2013).

Este capítulo tiene como objetivo llamar la atención sobre los motivos por los cuales una proporción significativa de personas con 45 y más años de edad ha estado migrando hacia España. A pesar de las políticas de control y regulación de los flujos que discriminan a los de mayor edad, este último segmento podría constituir en décadas venideras una tendencia expansiva y creciente en la migración internacional. Esto afectaría notablemen-

⁴ Hay un cúmulo de literatura sobre este tema, que se centra principalmente en la salud física y mental de estos migrantes (ejemplos en Europa son: Schopf y Naegele, 2005; Bolzman *et al.*, 2004; Torres, 2006).

⁵ Entre otros: Rodríguez *et al.*, 2002; Blakemore, 1999; Dustmann, 1996; Gualda y Escrivá, 2013.

⁶ Entre otros: INSTRAW, 2000; Baldock, 2000; Montes de Oca *et al.*, 2008; Escrivá, 2010.

te las predicciones europeas y de la OECD sobre el impacto de la migración internacional en la estructura demográfica de las sociedades receptoras. En contra de quienes apoyan la migración como reemplazo generacional, con la idea de que ésta va a funcionar como panacea para el envejecimiento poblacional en los países desarrollados (una idea que a veces se explota en los medios de comunicación y las proclamas políticas), es un hecho que en las condiciones actuales la migración contribuye también a los procesos de envejecimiento tanto en los lugares de asentamiento como en los de partida.

En segundo lugar, el capítulo destaca la diversidad de condiciones económicas y la composición de los migrantes de 45 y más años de edad. La investigación existente muestra que las razones para migrar a una edad avanzada son diferentes entre las personas de países económicamente desfavorecidos y las personas de los países del centro. Quienes llegan desde las periferias económicas a menudo eligen emigrar obligados por las circunstancias, sin tener en cuenta el costo personal o la discriminación que pueda acarrearles; por el contrario, los migrantes dentro de los países centrales disfrutaban de una posición más aventajada tanto en el mercado de trabajo como en la sociedad (Escrivá y Castro, 2010). Otra razón por la que migran las personas menos acomodadas es para ofrecer apoyo a sus hijos que han emigrado, tanto con el cuidado de los nietos como con el trabajo en el negocio familiar. La labor de cuidados es, de hecho, una de las actividades principales que llevan a cabo internacionalmente las personas de más edad, sobre todo si son mujeres. Esto explicaría la diferente composición por sexos de las poblaciones de migrantes adultos mayores en España: las mujeres superan en número a los varones en todos los grupos procedentes de fuera del núcleo duro de la Unión Europea, no sólo por su mayor longevidad sino también, y más relevante aquí, por su papel activo en el trabajo de cuidados, remunerado y no remunerado, formal e informal, para su propia familia y para otros.

En lo que sigue se pretende arrojar luz sobre la naturaleza de las migraciones contemporáneas de personas en edad avanzada, en cuyo grupo se incluirá a quienes migraron con 45 o más años de edad (cinco años por arriba de la mitad de la expectativa de vida de un ciudadano europeo). Como uno de los principales países receptores de migrantes en Europa desde fines de la década de los noventa, la composición de los flujos migratorios que se han dirigido hacia España ha sido variada tanto en sus orígenes como en las edades.

METODOLOGÍA

Los datos que se presentan en este capítulo son de naturaleza tanto cuantitativa como cualitativa. Mientras que los datos cuantitativos proceden principalmente de fuentes secundarias y bases de datos disponibles al público, la información cualitativa procede en su mayoría de un estudio empírico realizado con migrantes peruanos en España durante casi dos décadas.

Los datos estadísticos principales provienen del Padrón, un registro municipal de las altas y bajas de habitantes que anualmente se reporta al Instituto Nacional de Estadística de España (en adelante, INE), ubicado en Madrid. El Padrón es una rica fuente de información sobre la edad, el sexo, la nacionalidad y el país de nacimiento, entre otros datos, de los nuevos migrantes. El capítulo también recoge datos del Censo que, en contraste con el Padrón, ofrece detalles de todos los individuos que componen un hogar, tales como el estado civil, el nivel de estudios, la actividad, las características de la vivienda, etcétera. El Censo se lleva a cabo sólo cada diez años y, por lo tanto, es insuficiente para capturar hoy los rápidos cambios demográficos que han estado sucediendo en el país desde el Censo anterior, de 2001. Por este motivo se combinan aquí diferentes bases de datos para generar tablas donde aparecen conjuntamente resultados del Censo de 2001 y del Padrón de distintos años seleccionados.

En este capítulo se presentan las características de los grupos de residentes extranjeros en España más numerosos que, según datos del padrón de 2011, incluyen, en primer lugar, los nacionales de algunos de los 27 países de la Unión Europea y, en segundo lugar, los nacionales de países como (por orden de mayor a menor volumen) Marruecos, Ecuador, Colombia, China, Perú, Bolivia, Ucrania, República Dominicana, Argentina, Argelia y Pakistán. De todos ellos se ha seleccionado para hacer un análisis estadístico comparativo sólo a los de 10 nacionalidades.

Además del análisis de los datos de los registros públicos, se ofrecen resultados de varias encuestas realizadas en Perú sobre sociodemografía de la emigración internacional (Durand, 2010; Escrivá, 2010). Esta información cuantitativa se complementa con información cualitativa procedente de un seguimiento longitudinal de la comunidad peruana en España (Escrivá, 1997, 2000 y 2005; Escrivá y Skinner, 2008).⁷ Esta investigación comenzó a principios de la década de los noventa, cuando los peruanos empezaban a convertirse en uno de los grupos de migrantes más numeroso. Durante esa década el estudio consistió en entrevistas principalmente a trabajadoras del hogar peruanas, e incluyó conversaciones con empleadores, intermediarios y familiares, en España y en Perú.

SOCIODEMOGRAFÍA DE LOS NUEVOS MIGRANTES EN ESPAÑA: EL PESO DE LOS ADULTOS MAYORES

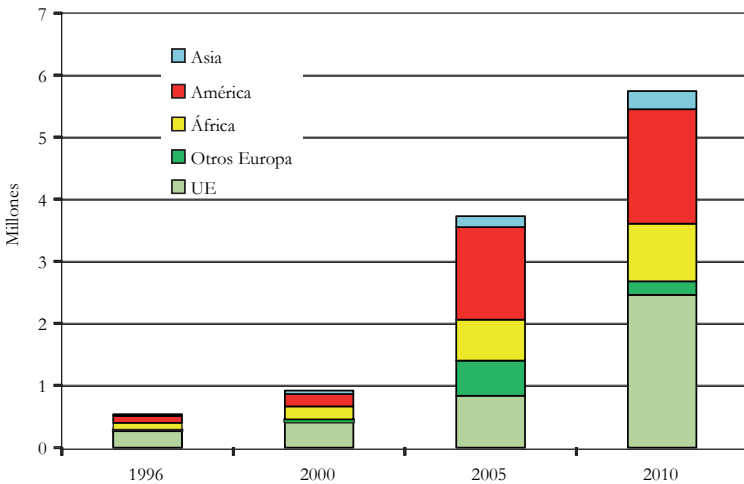
En la última década, el número de residentes extranjeros registrados en España aumentó de 637 mil (1998) a 2 664 millones (2003), a 3 691 (2005) y a 4 926 millones (2010) (base de datos

⁷ Un primer proyecto de investigación sobre trabajadoras domésticas peruanas en España se inició en 1995, el cual culminó con la tesis doctoral presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona en 1999 con el título “Mujeres peruanas del servicio doméstico en Barcelona: trayectorias socio-laborales”. En el año 2002 se comenzó un nuevo proyecto sobre familias peruanas transnacionales que culminó en 2005.

on-line INE). La inmigración extranjera es todavía un fenómeno relativamente reciente que se remonta, según los grupos, a diez, quince o veinte años atrás. Hasta mediados de la década de los noventa, el número total de extranjeros representaba apenas el 1% de la población. Desde entonces, la proporción de extranjeros ha aumentado exponencialmente y llegó a representar, del total de habitantes en España, el 6.2% en 2003, el 8.4% en 2005 y el 11% en 2010.

Los grupos que han crecido más rápidamente son los de América Latina, principalmente de Ecuador, Colombia, Bolivia y Argentina; los de África, en especial de Marruecos; los de Europa del Este, sobre todo de Rumania y Bulgaria; y los procedentes de China. También son numéricamente importantes las comunidades de británicos, alemanes, portugueses y franceses que viven en España, así como las de otros latinoamericanos: peruanos y dominicanos, que emergieron con fuerza en la primera mitad de la década de los noventa.

GRÁFICA 1
POBLACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA POR CONTINENTE DE ORIGEN
1996-2010



Fuente: Datos del Padrón (INE). 005 = UE25 2010 = UE27.

Una mirada a profundidad a la distribución por edades de estas nacionalidades revela composiciones y dinámicas diferentes (cuadro 1). Los británicos y alemanes residentes en España presentan la mayor proporción de adultos mayores. Una parte de ellos se encuentra en la etapa final de sus vidas laborales (especialmente aquellos de entre 45 y 59 años), mientras que los mayores de 60 años suelen ser jubilados que escogen vivir en España por su clima, el bajo costo de vida y el modo de vida relajado.

CUADRO 1
RESIDENTES EXTRANJEROS EN ESPAÑA POR GRUPOS DE EDAD
(EN PORCENTAJES). LAS NACIONALIDADES
NUMÉRICAMENTE MÁS IMPORTANTES

| | <i>Total</i> | <i>TOTAL</i> <i>45+</i> | <i>45-59</i> | <i>60-74</i> | <i>75-89</i> |
|----------------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Total | 5 730 667 | 23.6 | 15.1 | 6.7 | 1.7 |
| Alemania | 178 304 | 63.0 | 23.3 | 30.4 | 8.7 |
| Reino Unido | 368 756 | 67.2 | 24.9 | 33.9 | 7.7 |
| Bulgaria | 163 465 | 25.5 | 21.4 | 3.8 | 0.3 |
| Rumania | 805 799 | 15.5 | 13.4 | 1.9 | 0.2 |
| Marruecos | 645 632 | 15.2 | 12.6 | 2.2 | 0.5 |
| República Dominicana | 88 052 | 16.1 | 12.7 | 2.7 | 0.7 |
| Argentina | 174 810 | 25.2 | 16.9 | 6.6 | 1.6 |
| Bolivia | 191 583 | 13.0 | 11.9 | 1.0 | 0.1 |
| Colombia | 271 562 | 20.3 | 16.8 | 3.0 | 0.5 |
| Ecuador | 345 940 | 15.8 | 13.9 | 1.8 | 0.2 |
| Perú | 132 979 | 21.9 | 16.5 | 3.9 | 1.3 |
| China | 142 113 | 17.9 | 15.4 | 2.1 | 0.4 |

Fuente: Padrón, 1 de enero de 2011 (datos provisionales).

Dejando de lado a los países de donde procede la migración privilegiada, en el cuadro 1 destacan países de Europa del Este que accedieron recientemente a la Unión Europea, como Bulgaria (25.5%), por su notable proporción de individuos de 45 años o más. En cuanto a los latinoamericanos, argentinos (25%), peruanos (22%) y colombianos (20%), son los grupos que presentan mayor edad. Todo esto en términos relativos, porque en términos absolutos cabría mencionar las importantes cantidades de residentes de 45 y más años de edad originarios de Rumania y Marruecos, y en menor medida de Ecuador.

Si bien el grueso de estos mayores se concentra en la franja entre los 45 y los 59 años, un análisis más detallado de los cuatro grupos de residentes más envejecidos, fijándonos en quienes están entre los 60 y los 89 años (cuadro 2), confirma que en los casos peruano y argentino la proporción de mayores sigue siendo la más alta, más allá de la edad legal para dejar de trabajar.

Los mayores de 45 años se componen tanto de antiguos migrantes que han envejecido en España como de quienes han migrado ya a una edad avanzada. No obstante, hay diferentes razones para sostener que los residentes mayores peruanos, argentinos, colombianos y demás que registran estas cifras, en gran medida llegaron sólo recientemente. En primer lugar, diferentes estudios cualitativos (Escrivá, 2000; Durand, 2010; Actis y Esteban, 2008) e información estadística (cuadro 4) constatan la incidencia de la migración a edad avanzada. En segundo lugar, si los mayores extranjeros registrados ahora fueran el producto de una migración anterior a edades jóvenes, éstos ya no aparecerían en las bases de datos de residentes extranjeros, habida cuenta de la relativa rapidez con que los latinoamericanos suelen adquirir la nacionalidad española, por lo general, dentro de los diez primeros años de residencia en España (véase el cuadro 3).

Los datos del total 2 incluyen: extranjeros naturalizados españoles tras el periodo preceptivo de residencia o por adopción

CUADRO 2
RESIDENTES EXTRANJEROS NO UE15 EN ESPAÑA
CON MAYOR PROPORCIÓN DE MAYORES
(POR GRUPOS QUINQUENALES)

| | <i>Total</i> | <i>%</i> | | | | | |
|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | <i>60-64</i> | <i>65-69</i> | <i>70-74</i> | <i>75-79</i> | <i>80-84</i> | <i>85-89</i> |
| Total * | 479 515 | 33.1 | 26.7 | 19.9 | 11.0 | 6.1 | 3.1 |
| Bulgaria | 6 745 | 62.5 | 21.6 | 8.4 | 4.7 | 2.1 | 0.6 |
| Argentina | 14 313 | 41.4 | 24.1 | 14.8 | 9.7 | 6.6 | 3.4 |
| Colombia | 9 567 | 44.3 | 25.2 | 16.1 | 8.7 | 4.3 | 1.4 |
| Perú | 7 023 | 32.5 | 23.2 | 19.1 | 14.5 | 7.8 | 2.9 |

Fuente: Padrón, 1 de enero de 2011 (datos provisionales).

* Total, incluidos los residentes de la UE15.

CUADRO 3
POBLACIÓN RESIDENTE Y CON NACIONALIDAD ESPAÑOLA,
NACIDA EN EL EXTRANJERO

| | <i>Total 1</i> | <i>Con nacionalidad española</i> | | |
|----------------------|----------------|----------------------------------|----------------|------------------|
| | | <i>Total 2</i> | <i>% T2/T1</i> | <i>% Mujeres</i> |
| Bulgaria | 165 457 | 1 992 | 1.2 | 48.4 |
| Rumania | 809 409 | 3 610 | 0.4 | 52.5 |
| Marruecos | 766 187 | 120 555 | 15.7 | 47.3 |
| República Dominicana | 140 670 | 52 618 | 37.4 | 67.0 |
| Argentina | 285 602 | 110 792 | 38.8 | 48.7 |
| Bolivia | 201 542 | 9 959 | 4.9 | 56.2 |
| Colombia | 372 541 | 100 979 | 27.1 | 61.3 |
| Ecuador | 478 894 | 132 954 | 27.8 | 56.0 |
| Perú | 197 374 | 64 395 | 32.6 | 57.9 |
| China | 160 218 | 18 105 | 11.3 | 83.1 |

Fuente: Padrón, 1 de enero de 2011 (datos provisionales).

Total 1 = residentes en España, nacidos en un país extranjero (con y sin nacionalidad española).

Total 2 = residentes en España, nacidos en un país extranjero y con nacionalidad española.

CUADRO 4
 INMIGRACIÓN DE EXTRANJEROS DE 45 Y MÁS AÑOS DE EDAD
 A SU LLEGADA A ESPAÑA, 1991-2009

| | 1991-1995* | | 2001 | | 2005 | | 2009 | |
|--------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Bulgaria | - | - | 1495 | 12.7 | 2466 | 16.0 | 1456 | 19.9 |
| Rumania | 130 | 6.5 | 1857 | 8.0 | 8264 | 8.8 | 6007 | 14.3 |
| Marruecos | 1296 | 6.5 | 2451 | 6.2 | 5918 | 8.5 | 2991 | 8.0 |
| R.Dominicana | 429 | 7.9 | 559 | 10.4 | 1036 | 9.9 | 556 | 6.6 |
| Argentina | 1797 | 30.0 | 2922 | 16.2 | 4684 | 19.8 | 1723 | 22.3 |
| Bolivia | - | - | 362 | 7.5 | 2824 | 7.4 | 354 | 8.7 |
| Colombia | 554 | 8.7 | 6593 | 9.3 | 2572 | 12.5 | 2133 | 11.4 |
| Ecuador | 332 | 5.7 | 5058 | 6.1 | 1019 | 8.8 | 868 | 7.9 |
| Perú | 959 | 12.9 | 1107 | 15.7 | 2611 | 15.3 | 1727 | 13.5 |
| China | - | - | 452 | 8.8 | 1087 | 7.4 | 964 | 9.4 |

Fuente: Estadística de Variaciones Residenciales (basada en el Padrón) y Censo de Población y Viviendas 2001.

(muy notablemente en el caso de niñas chinas); hijos y nietos de emigrantes españoles que obtienen la nacionalidad española al nacer o tras su solicitud posterior y van a residir a España (muy notablemente en el caso argentino o venezolano). No se toma en consideración aquí a los hijos de extranjeros que adquieren la nacionalidad española tras haber nacido en España. Como vemos en el cuadro 3, el fuerte número de naturalizaciones de residentes extranjeros se da en las nacionalidades latinoamericanas (que sólo necesitan acreditar dos años de residencia legal para solicitarla), aunque también se presenta en el colectivo marroquí (que necesita acreditar al menos diez). Esta elevada proporción de naturalizados está en función de la mayor tradición migratoria, de la utilidad que se concede a su adquisición (menor en el caso de los europeos del este ya incorporados a la Unión Europea) y del grado de feminización del colectivo.

CUADRO 5
MUJERES RESIDENTES EXTRANJERAS EN ESPAÑA DE 45
Y MÁS AÑOS DE EDAD

| | 45-64 | | 65+ | |
|---------------|--------|------|-------|------|
| | N | % | N | % |
| Bulgaria | 18 172 | 46.4 | 1 657 | 65.3 |
| Rumania | 57 373 | 48.7 | 4 391 | 64.7 |
| Marruecos | 32 417 | 37.0 | 5 646 | 52.5 |
| R. Dominicana | 7 655 | 62.1 | 1 336 | 72.7 |
| Argentina | 17 666 | 49.9 | 5 473 | 63.4 |
| Bolivia | 15 398 | 63.9 | 582 | 70.4 |
| Colombia | 29 953 | 60.2 | 3 963 | 73.5 |
| Ecuador | 27 069 | 52.4 | 2 089 | 67.9 |
| Perú | 12 760 | 52.6 | 3 033 | 63.0 |
| China | 10 371 | 44.7 | 1 126 | 50.4 |

Fuente: Padrón, 1 de enero de 2011 (datos provisionales).

En cuanto a la tradición migratoria, es importante conocer la antigüedad en España de cada colectivo, pero, además, para entender la presencia de los de mayor edad, se requiere observar las diferencias en la composición por edades de los grupos según el año de inmigración. En el cuadro 4 se comprueba que a medida que aumenta el número de migrantes de cada colectivo y se produce su estabilización, el número y la proporción de adultos mayores por lo general crecen. No obstante, algunos colectivos como el peruano, al menos desde 1991, y el búlgaro, desde 2001, van a presentar un perfil de edad más elevado desde los inicios. A partir del estudio de la emigración, también sorprenden a Durand (2010) los datos de una encuesta realizada en 2005 en distintos barrios de Lima que confirman que desde finales de los años ochenta han salido proporcionalmente más hombres y mujeres de 50 y más años de edad del Perú que de otros países como México, República Do-

minicana, Nicaragua o Paraguay, incluidos en el *Latin American Migration Project* (LAMP), que coordina la Universidad de Princeton.

El caso argentino es excepcional, puesto que los datos de 1991 han de interpretarse a la luz de una migración-exilio previa que data ya de la década de los setenta. Asimismo, en el cómputo de entradas de argentinos mayores y de otros latinoamericanos, como venezolanos, uruguayos, brasileños o cubanos, hay que tener en cuenta la incidencia del retorno de emigrantes e hijos y nietos de españoles en América que se ha intensificado en la última década. A modo de ejemplo, sólo en 2005 se registraron 1 219 retornos de españoles mayores de 45 años procedentes de Argentina y 1 709 de Venezuela, de los cuales el 41% y el 46%, respectivamente, eran de españoles con 65 y más años de edad. Junto a estos españoles es de suponer que viajaron también cónyuges no españoles, nacionales del país donde por tantos años residieron.

En cuanto al grado de feminización, cabe señalar que a edades más avanzadas aumenta el porcentaje de mujeres hasta superar a los hombres en todos los colectivos estudiados. El cuadro 5 muestra que los colectivos más feminizados son el dominicano, el boliviano y el colombiano, tanto en la franja entre los 45 y 64 años como en la de quienes tienen una edad igual a 65 o superior. Igualmente, es muy significativa la mayor proporción de féminas a partir de los 65 años en los colectivos de Europa del Este, así como en los de Argentina, Ecuador y Perú en América Latina.

Estas agudas diferencias entre sexos a favor de las mujeres mayores podrían atribuirse, a primera vista, a su mayor longevidad (tanto en el país de origen como en el de incorporación), pero, según defendemos aquí, se explican principalmente por una migración selectiva por sexos en los diferentes tramos del proceso migratorio familiar. Diversos estudios muestran la sobrerrepresentación de las dominicanas, colombianas o peruanas en los inicios de una migración que muchas de ellas encabezaron dentro de su familia (Gregorio, 1998; Oso, 1998; Escrivá, 1997). Tras residir y trabajar por unos años, consiguieron regularizar su si-

tuación documentaria y reagrupar o formar familia en España, con lo que fue aumentando paulatinamente el número de varones. Como se desprende del cuadro 3, una buena parte de las que migraron jóvenes y han envejecido en España adquirieron la nacionalidad española por residencia y en no pocos casos también por matrimonio con ciudadano español. El cuadro 5 refleja, por lo tanto, en menor medida el peso de antiguas migrantes no nacionalizadas españolas y en mayor medida la contribución de mujeres que llegan en edad avanzada a España.

ITINERARIOS EN LA MIGRACIÓN DE ADULTOS MAYORES

La migración de los adultos mayores puede ser achacada a una simple elección personal o a estar promovida por la acción de otros miembros de la familia. Para valorar la influencia de la familia cabe analizar el papel de sus diferentes miembros repartidos entre al menos dos ubicaciones: el país de origen y el país de incorporación, al que los demás familiares emigraron antes, al tiempo o incluso después del mayor. A pesar de que los análisis suelen centrarse en el papel de los familiares emigrados que solicitan al mayor a través de los llamados “procesos de reagrupación familiar”, que se dan de una manera formal o informal, resulta conveniente, asimismo, observar los determinantes familiares de la emigración desde el lugar de origen (como la presión intergeneracional o la violencia doméstica). Junto a los factores micro y *mezgo*, y a fin de alcanzar una visión más completa, es necesario además considerar la influencia que sobre los mayores ejercen factores estructurales: diferencias en salario, calidad en los servicios públicos y nivel de seguridad, entre otros. En los casos estudiados (peruano, marroquí, búlgaro) se ha encontrado una combinación de causas y determinantes que nos ayudan a entender por qué la gente migra y qué objetivos se marca al hacerlo. En las razones y experiencias de los de mayor edad se pueden trazar unos itinerarios relacionados con el tipo de actividad que realiza-

ban antes de migrar y la que se va a desempeñar tras la migración. A menudo hallamos continuidad en las actividades, aunque marcadas por contextos distintos; en otros casos, con la migración se dan nuevas exigencias u oportunidades, según se valore. El cuadro 6 intenta resumir los itinerarios más habituales.

Se puede distinguir la centralidad de cada tipo de actividad en el país de origen y destino según el grupo de edad y sexo: los adultos mayores que parten de una situación en la que generaban ingresos en su país de origen (tipo A) son principalmente los menores de 60 años, en el caso de trabajo por cuenta ajena, y de 80 años, en el caso de trabajo por cuenta propia. Por sexos, se trata fundamentalmente de varones y en menor medida de mujeres, dependiendo de la clase social y estrato socioeconómico: por un lado, en las familias más pobres las mujeres han tenido que generar ingresos complementarios o sustitutivos de los del (ausente) cabeza de familia; por otro lado, en las familias de clase media las mujeres profesionales también han trabajado como modo de realizarse y mantener un determinado nivel social en la familia a través del consumo y la acumulación de capitales.

Por el contrario, el perfil característico del tipo B son mujeres, de cualquier rango de edad y hábitat, y varones mayores de 60 años especialmente en los ámbitos rurales. Es en estos ámbitos de los países de origen donde todavía en la actualidad se desarrollan economías de subsistencia basadas en la producción de alimentos y otros recursos, en parte para el consumo personal, en parte para el trueque por otros productos básicos. Los intensos procesos de migración interna e internacional que han tenido lugar en las zonas rurales han llevado a un envejecimiento muy acusado de la población autóctona, que experimenta dificultades para su inserción en los mercados locales debido, entre otros factores, a las restricciones en la movilidad, las redes sociales débiles o la fuerte competencia con la mano de obra más joven que llega de otras zonas.

CUADRO 6

ITINERARIOS EN LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE ADULTOS DE 45 AÑOS Y MÁS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD

| | <i>País de origen</i> | <i>País de destino</i> | <i>Estrategia migratoria</i> |
|--|--|---|--|
| Actividades productivas generadoras de ingresos A | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajaba y ganaba suficiente - Se jubiló o lo despidieron - No ganaba suficiente | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en puestos cualificados pero sobre todo no cualificados ni profesionales | <ul style="list-style-type: none"> - Migración independiente - Migración como familiar reagrupado |
| Actividades (re)productivas* no remuneradas B | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de familiares dependientes - Trabajo del hogar - Explotación/negocio familiar - Labores para el autoconsumo o trueque | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en puestos no cualificados - Trabajo familiar y doméstico | <ul style="list-style-type: none"> - Migración como familiar reagrupado - Migración por temporadas |
| Inactividad, ocio y tiempo libre C | <ul style="list-style-type: none"> - Descanso y turismo - Cuidado de la salud - Formación y <i>hobbies</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Descanso y turismo - Cuidado de la salud - Formación y <i>hobbies</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Migración como familiar reagrupado - Visitas puntuales |

Fuente: Elaboración propia.

* (Re)productivas alude a la noción de reproducción social, lo cual enfatiza al conjunto de actividades tradicionalmente no remuneradas pero que permiten el buen desempeño de la dinámica familiar.

Los adultos mayores característicos del tipo C son los jubilados y de mayor edad que pasan la mayor parte del tiempo inactivos, bien por padecer de mala salud, bien por su situación económica holgada, suficiente para no tener que generar ingresos extra con un trabajo continuado, bien porque no tienen la obligación de echar una mano a los hijos en las labores de cuidado o en el negocio familiar. Dentro de este grupo hallamos a los adultos mayores que migran para disfrutar esta etapa de su vida dedicándose a viajar y conocer, practicar sus *hobbies*, participar social y políticamente, o formarse más y mejor en algún arte o materia.

De la comparación entre el origen y el destino se desprende que los itinerarios pueden conformarse sobre la continuidad en el tipo de actividades en algunos casos, o sobre la ruptura en otros. Un hecho llamativo es que no sólo aquellos que generaban ingresos del trabajo en su país antes de partir continúan haciéndolo en la migración (tipo A), sino que quienes no tenían ingresos propios del trabajo al migrar buscan obtenerlos (tipo B). Esto se consigue en cualquier caso y habitualmente a través de empleos que requieren bajo nivel de cualificación. Si bien las condiciones del mercado de trabajo han conducido a una movilidad ocupacional descendente de algunos profesionales, en otras ocasiones la migración ha posibilitado un salario mejor del adulto mayor, en el mercado formal o informal, muy difícil de conseguir en el país de origen. No obstante, con el tiempo, debido al aumento de expectativas y las mayores dificultades para hallar empleo por la edad, los adultos mayores suelen abrir negocios o trabajar por su cuenta, habitualmente contando con los hijos u otros parientes de que se rodean.

A propósito de los estudios de caso peruano y marroquí, en Escrivá (2013) se expone cómo financian los adultos mayores su migración a España y la puesta en marcha de actividades económicas a través de ahorros, ayuda de los hijos, préstamos, venta de bienes o del dinero recibido del despido de sus puestos. Especialmente entre los que cuentan entre 45 y 65 años aflora

una combinación de motivaciones para migrar, entre querer seguir activos en el mercado de trabajo y necesitar obtener o acrecentar unos ingresos, en parte porque en algunos grupos profesionales se han extendido las jubilaciones anticipadas y los ceses incentivados, cuyas pensiones e indemnizaciones no aseguran el mantenimiento del poder adquisitivo familiar a mediano plazo; por ejemplo, los peruanos entrevistados en España en la década de los noventa, que habiendo sido docentes en el Perú, pudieron retirarse de sus puestos, según el decreto ley 20530, tras veinte años de docencia e independientemente de la edad alcanzada.

El paso de actividades (re)productivas no remuneradas a remuneradas tiene importantes componentes de clase y género, como señalamos antes. Por un lado, para las mujeres migrantes a edades avanzadas, poder tener ingresos del trabajo en España puede responder a una búsqueda de independencia y cambio de su rol anterior, o a la necesidad de solventar las necesidades económicas suyas o de otros familiares, se encuentren éstos en el país de origen o de destino. A menudo, al migrar donde están ya los hijos o después de traerlos, estas mujeres han de combinar el trabajo doméstico remunerado y no remunerado. Quizá en el horizonte de algunas de estas mujeres, sobre todo las más lozanas, esté presente el unirse con un varón español, con un compatriota o de otra nacionalidad que “las quite de tener que trabajar” y de este modo la experiencia laboral en España se convierta en un episodio aislado.

Por otro lado, muchos varones y, en menor medida, mujeres que emigran después de haber trabajado toda una vida en su propia explotación, sobre todo en entornos rurales, experimentan verdaderas dificultades para adaptarse a entornos urbanos españoles y, según hemos observado, pronto deciden regresar a su país de origen. Otros adultos mayores, en edades más avanzadas aunque sanos, son solicitados por sus hijos para ayudarlos a llevar adelante negocios familiares (como restaurantes y tiendas), de los

cuales obtienen los recursos necesarios para su subsistencia y compañía al estar cerca de sus hijos.

La ayuda en el negocio familiar o en actividades domésticas y de cuidados, así como el trabajo remunerado, pueden plantearse como actividades continuas o de temporada que el adulto mayor realiza todo el año o sólo una parte de él en su estadía en España. En este último caso, al regresar al país de origen (u otro alternativo donde vivan otros hijos), el adulto mayor puede tener otras obligaciones personales o familiares que atender o, por el contrario, disponer de total tiempo libre. Este esquema de idas y venidas se realiza en el marco de permisos de residencia por reagrupación familiar (seis meses aquí, seis meses allá) o de visados de turismo solicitados cada año (de duración máxima de tres meses), que son más fáciles de obtener cuando los hijos ya han adquirido la nacionalidad española.

Hasta hace poco, la legislación española sobre los extranjeros no comunitarios (de fuera de la UE) era suficientemente laxa para permitir que un número de migrantes en España pudiera solicitar la residencia para sus padres mayores después de un periodo de tiempo relativamente corto. Los hijos ya establecidos (que antes solicitaban esta reagrupación una vez que hubieran renovado su primer permiso, y ahora sólo cuando han obtenido la residencia permanente) han de probar que sus padres dependen económicamente de ellos. La forma de demostrar esta dependencia económica también ha ido complicándose con el tiempo; en la actualidad se exigen comprobantes de envíos sustanciales y regulares de dinero. Desde 2005 se implementaron, además, otras medidas restrictivas a lo que se ha venido a llamar las “reagrupaciones familiares en cadena”, a saber, que esposos y padres reagrupados puedan reagrupar a su vez a otros parientes en primer grado de consanguinidad, y se han eliminado las reagrupaciones por etapas, de modo que las reagrupaciones se realicen de una sola vez. A pesar de todas estas restricciones, la migración familiar en cadena ha seguido funcionando dentro y fuera de las vías

legales dispuestas para ello. Si no se puede de otra manera, los parientes entrarán a España a través de canales alternativos y con estatus migratorios diversos: con visados de turismo o de estudios, con contratos de trabajo, o incluso cruzando las fronteras clandestinamente.

Las recientes restricciones impuestas a la reagrupación familiar han estado encaminadas sobre todo a los adultos mayores que protagonizan itinerarios del tipo C, que, como se puede observar, son los que presentan mayor continuidad entre la actividad realizada en el lugar de origen y la que se realizará en el de destino. Este grupo es el que principalmente preocupa a los responsables políticos, pues entienden que se compone de individuos inactivos económicamente que al migrar buscan principalmente la satisfacción de sus necesidades tanto lúdicas como sanitarias; por lo tanto, se les considera consumidores netos de recursos.

RECAPITULANDO: MOTIVOS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN LA SEGUNDA MITAD DE LA VIDA

En los países en desarrollo, las políticas neoliberales, la inflación y las turbulencias sociales y políticas han tenido un fuerte impacto en todos los sectores de la población, muy notorio en las “clases medias”, que ha motivado a muchos a emigrar (Escrivá, 1997 y 2000). Los empleados públicos o del sector privado que han perdido sus empleos, así como otros trabajadores que han visto mermados sus estándares de vida, son los primeros candidatos a emigrar al extranjero. Por lo tanto, entre quienes migran autónomamente se cuenta a personas más y menos jóvenes. Para estas segundas, la migración persigue, además, contrarrestar la pérdida o la inseguridad de los apoyos económicos y familiares en el país de origen cuando por incapacidad se necesiten (Escrivá, 2013). Dado que a mayor edad aumentan las desventajas que acumulan los trabajadores en los mercados de trabajo flexibilizados, los migrantes en edades avanzadas se muestran más dispuestos a acep-

tar empleos considerados poco cualificados (peor pagados, desvalorizados), incluso cuando esto comporta una degradación de su anterior posición en la escala social y profesional.

La cuestión de trabajar o no trabajar remuneradamente tras los 60-65 años se plantea de forma diferente en los migrantes adultos mayores que en la población nativa por diferentes razones: por una parte, debido a que muchos ciudadanos de países menos favorecidos carecen del derecho a una jubilación o ésta es muy baja; por otra parte, tienen arraigada la idea de que la vejez (sinónimo para muchos de decrepitud) sólo comienza cuando se deja de trabajar y, por ende, arden en deseos de seguir activos y trabajando, aunque sea de manera no remunerada, como forma de no morir física y socialmente. Por último, y no menos importante, a pesar de su edad se ven obligados por la situación de los familiares de generaciones anteriores o posteriores a seguir generando ingresos o ayudarlos a generarlos (Díaz-Gorfinkiel y Escrivá, 2012).

Como es bien sabido, en los países de origen, la extendida ocupación en la economía informal conlleva que los mayores no tengan derecho a pensiones; la intermitencia y exigüidad de los ingresos conllevan, asimismo, que muchos no hayan podido ahorrar para la vejez, de modo que se ven obligados a continuar trabajando más allá de los sesenta años, o a ser totalmente dependientes de sus familiares. Esto afecta especialmente a las mujeres, de las que, por ejemplo en Perú, sólo cotiza o ha estado cotizando a la seguridad social con miras a la jubilación un 28%, frente al 53% de los varones mayores encuestados en 2007 (Escrivá, 2010). En contrapartida, el 21% de las mujeres mayores recibía regularmente ayuda económica de sus familiares residentes en el Perú o en el exterior frente al 8% de los varones encuestados.

En consecuencia, y a fin de comprender la mayor presencia de mujeres entre los migrantes adultos mayores y las circunstancias específicas que rodean su decisión de emigrar, es necesario

considerar que si bien es cierta la mayor supervivencia femenina, también lo es su estatus inferior, su mayor vulnerabilidad, su posición más débil en el mercado de trabajo y su inferior cobertura por parte de la seguridad social. Además de beneficios económicos, al emigrar las mujeres mayores pueden estar buscando escapar de la violencia doméstica y de matrimonios insatisfactorios, evitar las consecuencias del abandono conyugal o la viudez, tengan o no hijos (incluso nietos) que apoyar. Concomitantemente, una nueva vida en el exterior puede comportar una nueva pareja, un nuevo empleo o el primero —que aunque pueda no ser muy valorado socialmente, al menos aporta un sueldo comparativamente mejor—, y los medios para asegurarse una vejez apacible. De hecho, los estudios de Escrivá (2005), pero también los de otros autores, como Attias-Donfut (2004), muestran que las mujeres mayores imaginan más su vida quedándose en el nuevo país de residencia que los hombres mayores, quienes tienden a pensar más en regresar a su país al jubilarse.

Por otro lado, para entender por qué a veces los mayores migran antes que los jóvenes, resulta útil la teoría de las estrategias familiares de supervivencia, que presta atención a factores como el sexo, la edad y la posición en el ciclo vital (Hugo, 1998). A medida que entran en años, la fertilidad de las mujeres desciende y en consecuencia se tienen menos niños que atender. Esto no significa que estas mujeres mayores estén libres de obligaciones con las generaciones más jóvenes, sino que, al menos en principio, su presencia física diaria en la crianza de los nietos no es tan crucial como la de sus propias madres. Al mismo tiempo, una mayor esperanza de vida aumenta la posibilidad de que aquellas personas entre los 45 y los 65 años tengan a su vez padres mayores que cuidar, incluso que mantener. De ahí que se pueda concluir que la migración de personas en ese tercer cuarto de la vida por lo general contribuye económicamente al bienestar (educación, salud, vivienda, etcétera) tanto de las generaciones más jóvenes como de las de mayor edad.

La mencionada teoría no sólo es útil para explicar la migración anticipada del adulto mayor, sino también para entender el papel del adulto mayor reagrupado, principalmente para que ayude en las labores domésticas, de cuidados y en el negocio familiar. Los hijos que logran una mano adicional de sus padres en estos menesteres son capaces de obtener mayores beneficios económicos, ahorrando el pago de sueldos a mano de obra externa y pudiendo intensificar ellos mismos sus jornadas laborales. En contrapartida, los adultos mayores permanecen más cerca de aquellos hijos con los que los unen importantes lazos afectivos y de los que esperan recibir atenciones y apoyo económico más adelante, dondequiera que se hallen (Díaz-Gorfinkiel y Escrivá, 2012). Aquí las mujeres vuelven a tener un papel protagónico, especialmente en grupos como los latinoamericanos, en los que la mayoría de los adultos mayores son reagrupados. Ellas, además, tienden en mayor medida que los hombres mayores a quedarse en España o realizar frecuentes viajes entre los dos países, manteniendo una vida en la vejez ciertamente transnacional.

Además de los incentivos familiares e individuales para que los adultos mayores migren, el contexto de recepción influye también en esta tendencia a la migración a edades avanzadas. El sector servicios en España, y especialmente el subsector de “servicios de proximidad” (Laville, 1992), ha estado dando la bienvenida a trabajadores maduros. Ocurre que se ha preferido contratar por encima de los jóvenes a mujeres y algunos varones en los cuarenta, cincuenta y sesenta años, incluso más si están bien, como empleados de hogar y cuidadores. Esto se debe a que los empleadores valoran su experiencia y madurez, su tendencia a permanecer en los puestos, entre otros porque no necesitan dejar el trabajo cuando reagrupan a sus hijos (ya crecidos), y el hecho de que proveen de buena compañía a los adultos mayores para los que trabajan por su proximidad generacional y su paciencia. No obstante, hoy en día los migrantes mayores experimentan graves problemas para obtener empleos en España

debido a los altos niveles generales de desempleo, que han precipitado la competencia por los puestos con los más jóvenes.

IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

Los pronósticos demográficos para las próximas décadas indican que la población mundial envejecerá rápidamente y que las disparidades económicas entre países y regiones no sólo persistirán, sino que se incrementarán, poniendo nuevos retos a escala local y global (HelpAge, 1999). La migración internacional no es más que la punta del iceberg que refleja los deseos y necesidades de amplios segmentos de la población que vive en situaciones de presión e incertidumbre. A pesar de que uno se imagine idealmente la adultez como un tiempo de estabilidad y la vejez de descanso, hoy en muchos lugares del mundo los adultos experimentan una gran inestabilidad que los empuja a migrar al extranjero para asegurar su bienestar presente y futuro. De igual modo, los adultos mayores en la actualidad, especialmente aquellos que están entre los cincuenta y los setenta años, enfrentan muchas responsabilidades y una esperanza de vida larga, que constituye un incentivo para migrar internacionalmente si se está suficientemente sano para hacerlo.

Como este capítulo lo sugiere, aunque la migración internacional de adultos mayores no superará con toda probabilidad la de los jóvenes en el mediano plazo, ciertamente continuará o incluso aumentará entre muchos grupos que aspiran a alcanzar las regiones más dinámicas del planeta. Esta realidad cuestionará las presuposiciones que hasta ahora se han hecho, tanto en las sociedades emisoras como en las receptoras de migrantes, sobre la composición y los efectos sociodemográficos de los flujos migratorios. Todo ello a pesar de que la edad se ha convertido ya en un factor limitante para calificar en los programas de reclutamiento internacional de trabajadores en países como Australia, Canadá o Estados Unidos, y se están restringiendo los requisitos,

e incluso simplemente eliminando la posibilidad, de llevar a cabo la reagrupación de los padres mayores en Europa.

Una profunda comprensión de los motivos y las dinámicas de la migración de distintos grupos etarios de hombres y mujeres debería llevar a repensar las actuaciones que se están llevando a cabo y sus impactos y consecuencias. Guste o no guste, el futuro de las áreas actualmente receptoras de migrantes está íntimamente ligado al de las otras regiones y, por lo tanto, las políticas nacionales y regionales (como las de la Unión Europea) deberían tomar en cuenta cómo afectan sus decisiones a otras naciones y personas en nuestro mundo compartido. Sobre la base de la migración a España, este capítulo ha intentado contribuir a los debates sobre “migración de reemplazo” desatados en la década de los años noventa (Naciones Unidas, 2000; *cf.* *Population and Environment* 2001, vol. 22, núm. 4) y un mejor conocimiento de las tendencias globales y los retos que la migración comporta.

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIS, W. Y F. ESTEBAN (2008). “Argentinos en España: inmigrantes, a pesar de todo”. *Migraciones* 23: 79-115.
- ANTHIAS, F., Y G. LAZARIDIS (compiladores) (2000). *Gender and Migration in Southern Europe*. Oxford: Berg.
- ATTIAS-DONFUT, C. (2004). “New Patterns of Migration and Transmigration. A Life Course Perspective”. Ponencia presentada en la Conferencia ISSA, Oslo, 21 a 23 de abril.
- BALDOCK, C.V. (2000). “Migrants and Their Parents: Caregiving from a Distance”. *Journal of Family Issues* 21 (2): 205-224.
- BELTRÁN, J. (2010). “Comunidades asiáticas en España. Movilidad transnacional en un territorio de frontera”. *Revista CIDOB d’Afers Internacionals* 92: 15-37.
- BLAKEMORE, K. (1999). “International Migration in Later Life: Social Care and Policy Implications”. *Ageing and Society* 19: 761-774.

- BOLZMAN, C., R. PONCIONI-DERIGO, M. VIAL Y R. FIBBI (2004). "Older Labour Migrants' Well Being in Europe: The Case of Switzerland". *Ageing and Society* 24 (3): 411-429.
- BOLZMAN, C., E. HIRSCH DURRETT, S. ANDERFUHREN, M. VUILLE Y M. JAGGI (2008). "Migration of Parents under Family Reunification Policies. A National Approach to a Transnational Problem: The Case of Switzerland". *Retraite et Societe* 55: 40-69.
- CASADO DÍAZ, M.A., C. KAISER Y A. WARNES (2004). "Northern European Retired Residents in Nine Southern European Areas: Characteristics, Motivations and Adjustment". *Ageing and Society* 24 (3): 353-381.
- COLECTIVO IOÉ (2001). *Mujer, trabajo y migración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- COLECTIVO IOÉ (2005). *Cuidados a la dependencia e inmigración*. Madrid: Imsero.
- DENEVA, N. (2012). "Transnational Aging Carers: On Transformation of Kinship and Citizenship in the Context of Migration among Bulgarian Muslims in Spain". *Social Politics* 19(1): 105-128.
- DÍAZ-GORFINKIEL, M., Y Á. ESCRIVÁ (2012). "Core of Older People in Migration Contexts: Local and Transnational Arrangements between Peru and Spain". *Social Politics* 19(1): 129-141.
- DURAND, J. (2010). "The Peruvian Diaspora: Portrait of a Migratory Process". *Latin American Perspectives* 37 (5): 12-28.
- DUSTMANN, C. (1996). "Return Migration: The European Experience". *Economic Policy* 22: 215-249.
- ESCRIVÁ, Á. (1997). "Control, Composition and Character of New Migrations to Southern Europe". *New Community* 23: 43-57.
- ESCRIVÁ, Á. (2000). "¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona". *Papers* 60: 327-342.
- ESCRIVÁ, Á. (2005). "Aged Global Care Chains: A Southern-European Contribution to the Field". Ponencia presentada

- en la Conferencia Internacional sobre Migration and Domestic Work in Global Perspective, Wassenaar, Países Bajos, 26-29 de mayo.
- ESCRIVÁ, Á. (2010). “Impacto de la migración internacional en los adultos mayores en el Perú: condiciones de vida, bienestar y relaciones con el exterior”. Ponencia presentada en la II Conferencia LARNA, UNAM, México, 6-8 de octubre.
- ESCRIVÁ, Á. (2013). “Asset Accumulation and Transfer for Old Age: A Study on Peruvian and Moroccan Migration to Spain”. *European Journal of Ageing*, publicado en línea el 6 de marzo de 2013, DOI: 10.1007/s10433-013-0268-6.
- ESCRIVÁ, Á., Y E. SKINNER (2008). “Domestic Work and Transnational Care Chains in Spain”. En *Migration and Domestic Work: A European Perspective on a Global Theme*, compilado por Helma Lutz, 113-126. Aldershot: Ashgate.
- ESCRIVÁ, Á., Y J. CASTRO (2010). “Minorías étnico-religiosas implantadas en España. Desigual función y posición de dos iglesias de habla inglesa en Málaga”. *Journal of World Christianity* 3(2): 84-114.
- ESOMI (2006). *Demografía de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GARCÍA, I. (2010). “Familias migrantes: elementos teóricos para la investigación social”. En *Familias, jóvenes, niños y niñas migrantes. Rompiendo estereotipos*, compilado por el Grupo Interdisciplinario de Investigador@s Migrantes, 69-80. Madrid: IEPALA Editorial.
- GREGORIO, C. (1998). *Migración femenina: su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Ediciones Narcea.
- GUALDA, E., Y Á. ESCRIVÁ (2012). “Diversity in Return Migration and Its Impact on Old Age. The Expectations and Experiences of Returnees in Huelva”. *International Migration*, first published online: 24 de febrero de 2012, DOI: 10.1111/j.1468-2435.2011.00728.x

- HELPAAGE (1999). *The Ageing and Development Report: Poverty, Independence and the World's Older People*. Londres: HelpAge International.
- HUGO, G.J. (1998). "Migration as Survival Strategy: The Family Dimension of Migration". *Population Distribution and Migration*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas.
- INSTRAW e IOM (2000). *Temporary Labour Migration of Women: Case Studies of Bangladesh and Sri Lanka*. Santo Domingo: United Nations International Research and Training Institute for Advancement of Women (Instraw)/International Organization for Migration (IOM).
- IOM (2010). *World Migration Report 2010: The Future of Migration: Building Capacities for Change*. Ginebra: International Organization for Migration (IOM).
- KING, R., Y R. BLACK, compiladores (1997). *Southern Europe and the New Immigrations*. Brighton: Sussex Academic Press.
- LAVILLE, J.L. (1992). *Les Services de proximité en Europe*. París: Syros.
- MONTES DE OCA, V., A. MOLINA Y R. ÁVALOS (2008). *Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de la vejez en Guanajuato*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ONU (2000). *Replacement Migration*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas, Population Division, ESA/P/WP.
- OSO, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- OSO, L. (2007). "La inserción laboral de la población latinoamericana en España: El protagonismo de las mujeres". En *Nuevas migraciones latinoamericanas a Europa. Balances y desafíos*, compilado por Gioconda Herrera e Isabel Yépez (editores). 453-480. Quito: Flacso, Obreal, Grial, UAB.
- PAPADEMETRIOU, D., D. DIXON, J. MURRIA Y J. GELATT (2006). *America's Emigrants. US Retirement Migration to Mexico and Panama*. Washington: Migration Policy Institute.

- Population and Environment* (2001). Vol. 22, núm. 4. Ed. Lori M. Hunter.
- RAMÍREZ, Á., y M. JIMÉNEZ (2005). *Las otras migraciones. La emigración de menores marroquíes no acompañados a España*. Madrid: Akal.
- RODRÍGUEZ, V., C. EGEA y J.A. NIETO (2002). "Return Migration in Andalusia, Spain". *International Journal of Population Geography* 8 (3): 233-254.
- RIBAS, N. coordinador (2000). "Monográfico: Migración femenina en el sur de Europa", *Papers* 60.
- SCHOPF, C., y G. NAEGELE (2005). "Age and Ethnicity - An Overview". *Zeitschrift für Gerontologie* 38 (6): 384-395.
- SHARPE, P., compiladora (2001). *Women, Gender and Labour Migration. Historical and Global Perspectives*. Londres/Nueva York: Routledge.
- SOULTANOVA, R. (2007). "La Migration de fin de carrière. Le cas des femmes Bulgare à Madrid". En *Vivre ensemble au XXIème siècle*. Actas del Congreso Internacional del l'Institut de Sociologie. Bruselas: Université Libre de Bruxelles.
- THOMAS, T. (2003). "Aged Immigrants: The Forgotten Older Adults". *Clinical Psychologist* 7 (1): 56-58.
- TORRES, S. (2006). "Elderly Immigrants in Sweden: 'Otherness' under Construction", *Journal of Ethnic and Migration Studies* 32(8): 1341-1358.

PARTE V

POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHOS HUMANOS
EN LA VEJEZ

EL CAMBIO DE PARADIGMA: LA CONSIDERACIÓN
DEL ENVEJECIMIENTO COMO UN ASUNTO
DE DERECHOS HUMANOS

Sandra Huenchuan

INTRODUCCIÓN

No existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento; ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

Hay que diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de vejez y su construcción social. Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a los 60 años, frontera que ha variado más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. A principios del siglo XIX se era viejo a los 40 años, mientras que hoy en día la edad a partir de la cual se considera mayor a una persona es difícil de determinar taxativamente.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición en el interior de la sociedad. Esto remite a la conjugación de la edad con otras diferencias sociales —como el género, la clase social o el origen étnico— que condicionan el acceso y disfrute de esos recursos y oportunidades.

En segundo lugar, hay que diferenciar los enfoques que guían las interpretaciones de los temas que abordan las leyes, las políticas y los programas dirigidos a las personas mayores. Los problemas que tratan ese tipo de instrumentos son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (Elder y Cobb, 1993) y se relacionan, en el caso de las personas mayores, directamente con la concepción de la vejez a partir de la cual se delinearán propuestas para lograr ciertos objetivos.

Tradicionalmente, la concepción predominante a nivel programático ha sido la construcción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales; las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de roles sociales. El enfoque de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios, y que, por lo tanto, disfrutaban de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismos, de su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Todas estas consideraciones forman parte del debate actual en el que se construyen los asuntos de la vejez y el envejecimien-

to como una cuestión pública y de derechos humanos en la agenda política actual, tanto internacional como regional.

En este artículo se desarrollan los modelos conceptuales que han servido de base para el abordaje de los asuntos de las personas de edad en la agenda académica y política en general, y se exponen los contenidos para la aplicación del enfoque de los derechos humanos a las personas de edad en el marco de la protección social. Se continúa con el análisis de las legislaciones nacionales vigentes en América Latina para la protección de los derechos de las personas de edad y se finaliza con las conclusiones del documento, con énfasis en la necesidad de adoptar un instrumento jurídicamente vinculante para promover y proteger los derechos de las personas mayores en el escenario actual.

UNA APROXIMACIÓN A LAS DISTINTAS CONCEPTUALIZACIONES: EDAD CRONOLÓGICA, SOCIAL Y FISIOLÓGICA

La edad de la vejez puede ser conceptualizada al menos con base en tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social.

La edad cronológica o de calendario es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo se fija por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”. Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios —sobre todo aquellos asociados al empleo— dependen de la edad cronológica (Arber y Ginn, 1995).

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la gradual disminución de la densidad ósea, el tono

muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1995).

Un término asociado a la edad fisiológica es el de senilidad, es decir, el proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico o mental —o ambos— que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima (Fericgla, 1992). Otros términos relacionados son los de “viejos-viejos” —correspondiente a una minoría débil y enfermiza— y los “viejos-jóvenes” —que incluye a las personas mayores que, a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas y activas (Papalia y Wendkos, 1988).

Por último, la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn, 1995). Esto significa que la edad de la vejez —al igual que el género— es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural da a los procesos biológicos que la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas —lo mayor que la persona se siente— como con la edad imputada —los años que los demás le atribuyen al sujeto— (Arber y Ginn, 1995). Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona, está intrínsecamente determinado por el proceso de producción, ciertas tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad (Fericgla, 1992).

Una expresión ligada a la edad social es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Para Ham Chande (1996), este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada, pero dentro del marco de la funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente, llena de satisfacción, y que constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la “edad dorada”, luego del retiro de la actividad laboral, que supone que las personas mayores tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión. Para otros autores (Romieux,

1998; Fericgla, 1992) no es más que un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, que es considerada un estigma y que se emplea para alejar la idea de la muerte que se le asocia.

En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas de edad y sus problemas parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales (Huenchuan, 1999, 2004 y 2009). De ahí que gran parte de las intervenciones se concentre en lo que las personas mayores no poseen en comparación con otros grupos, de acuerdo con un modelo androcéntrico de la organización y el funcionamiento de la sociedad. Por antonomasia, los instrumentos de política más comunes ofrecen paliativos para superar esas pérdidas o carencias, y muchas veces se enfocan sólo en aquellos individuos y sectores que dependen estrictamente del Estado para lograr niveles mínimos de subsistencia. Excepcionalmente, la acción pública está destinada a ofrecer los mayores estándares de vida posibles a las personas de edad por su sola condición de miembros de la sociedad y sus legítimas aspiraciones de ciudadanía.

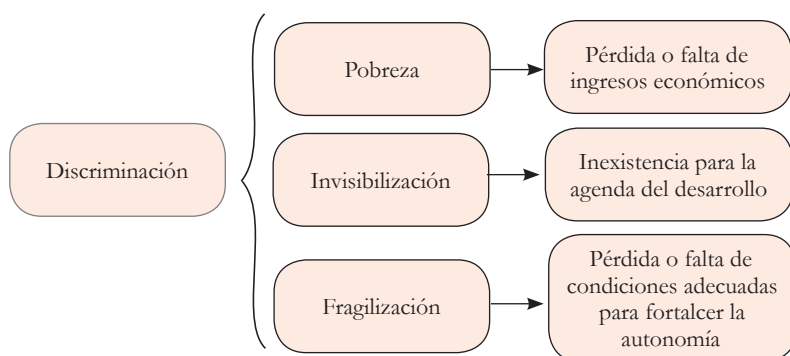
El origen de esta situación reside en el hecho que las instituciones aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando basadas en un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas (Huenchuan, 2003). De este modo, las personas mayores se acercan o se desvían de un supuesto estándar de normalidad, el que en ningún caso es neutro, sino que se encuentra sesgado en favor de parámetros físicos y psíquicos que constituyen el estereotipo de la cultura dominante (Courtis, 2004). La situación es aún más compleja para las mujeres mayores, a quienes se suele interpretar a partir de los paradigmas ya establecidos, muchos de los cuales pasan por alto las relaciones de edad. Con ello se insiste en la distancia que separa a las mujeres mayores del arquetipo dominante, sea que éste se refiera al varón en edad productiva o a las mujeres en edad reproductiva. Esto se aprecia claramente en la

teoría de la economía política del envejecimiento, que incluye a las mujeres pero no modifica el modelo vigente, y en las teorías feministas, que no logran conceptualizar claramente el ciclo de vida como un componente intrínseco de su análisis (Huenchuan, 2010).

En este contexto se podría asegurar que el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Como corolario, las personas mayores están expuestas a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida (véase el diagrama 1).

Desde esta perspectiva, es evidente que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, como ocurre en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos o en las mismas legislaciones nacionales, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores, puesto que la estructura e ideología dominantes impiden su realización práctica. Aunque en algunos países existen normas que promuevan la participación plena de las perso-

DIAGRAMA 1
LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y SUS EXPRESIONES



Fuente: S. Huenchuan, 2010.

nas mayores en la sociedad, hoy en día éstas suelen resultar insuficientes, porque no hay un contexto propicio que les facilite el ejercicio pleno de la ciudadanía. La sociedad las segrega en razón de su edad y las personas mayores actúan, a su vez, como un grupo limitado en las relaciones de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su posición asimétrica en la distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo.

Así, indefectiblemente, la vejez se asocia a un déficit de capacidad. Como resultado, las personas mayores pueden ser concebidas como perpetuos niños, carentes de independencia por su condición de edad. No se les piensa como ciudadanos, o al menos no de carácter activo, sino que, en el mejor de los casos, son meramente coprotegidos, y aunque se emprendan actividades destinadas a mejorar determinadas capacidades individuales —de liderazgo o de participación—, en raras ocasiones se piensa realmente en incluirlas plenamente (Etxeberría, 2008). Como resultado, las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, debido a desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Organización de Naciones Unidas, 1995a).

Hay que reconocer, sin embargo, que este problema no es privativo de las personas mayores, puesto que en su momento otros grupos sociales han levantado la voz con las mismas preocupaciones. En el caso de las mujeres, de los niños y de las personas con discapacidad, ello ha derivado en la adopción de convenciones específicas de derechos humanos, con el fin de reafirmar la aplicación de aquellos derechos ya reconocidos en general en otros instrumentos internacionales; tal es el caso de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007).

En resumen, los modelos para comprender la situación y posición de las personas mayores en la sociedad se han basado en explicaciones biomédicas y sociales habitualmente ancladas en el pasado y que, en general, han construido a este grupo como un problema para sus familias y la sociedad, y al envejecimiento como un obstáculo para el desarrollo. Esta forma de entender la vejez y el envejecimiento se utiliza tanto para apartar a las personas mayores como para mantenerlas en dicho estado.

De esta manera, todos los puntos de acceso a las estructuras de la vida cotidiana —el mundo del trabajo, de la familia o de la interacción social— se establecen en gran medida en relación con la norma dominante; en este caso, el de las personas en edad productiva. Como normalmente no se prevén adaptaciones para las diferencias respecto de la norma arbitrariamente elegida, esa diferencia sirve como base para la exclusión (Quinn y Deneger, 2002). Desde esta perspectiva, la edad cronológica constituye la principal fuente de los problemas físicos, del deterioro funcional, de las dificultades económicas o de la falta de consideración de roles para la vejez. Por lo tanto, la débil integración de las personas mayores no es más que un problema radicado en el sujeto, y no en la sociedad.

Sólo a partir de los años ochenta, gracias al impulso de las Naciones Unidas, el análisis de los problemas de las personas de edad y sus soluciones se empezaron a contextualizar necesariamente dentro del debate sobre el sector público y la naturaleza del Estado social. Evidencia de ello es que la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de 1982, cambió su nombre —antes se denominaba Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad— “en vista de las interrelaciones existentes entre las cuestiones relativas al envejecimiento de los individuos y el envejecimiento de las poblaciones”.¹

¹ Resolución 35/129, “Problemas de las personas de edad y de los ancianos”, 92ª sesión plenaria, 11 de diciembre de 1980.

EL ENFOQUE DE DERECHOS, EL DESARROLLO Y EL DESAFÍO DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES

En su trigésimo primer periodo de sesiones (marzo de 2006), la CEPAL planteó que

El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales.

Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Courtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006). La persona, por lo tanto, es el sujeto central del desarrollo, y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos constituyen el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004; CEPAL, 2006). Este enfoque también permite establecer las obligaciones de los Estados frente a los derechos (económicos, sociales, culturales, civiles y políticos) involucrados en una estrategia de largo plazo (véase el recuadro 1).

En América Latina y el Caribe, el enfoque de derechos humanos ha adquirido una importancia relativamente reciente como horizonte normativo y programático del desarrollo (CEPAL, 2006), por lo que es cada vez más frecuente el despliegue de leyes que especifican ciertos derechos o esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo (Gundel, 2000). En la región, además, todos los Estados ratificaron al menos tres de los siete principales tratados de derechos humanos

RECUADRO 1
OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR LOS ESTADOS RESPECTO
DE LOS DERECHOS HUMANOS

Obligación de respetar: los Estados partes deben abstenerse de interferir en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos.

Obligación de proteger: los Estados partes deben impedir la violación de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) por parte de terceros, por ejemplo, promover la protección del medio ambiente por las empresas o sancionar la discriminación en instituciones privadas.

Obligación de promover: los Estados partes deben realizar prestaciones positivas para que el ejercicio de los derechos no sea ilusorio. Esta obligación implica organizar todo el aparato gubernamental para que sea capaz de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Velásquez Rodríguez 29/7/1988).

Fuente: Huenchuan y Morlachetti, 2007.

vigentes al año 2006 y, como consecuencia de ello, tienen obligaciones jurídicas internacionales vinculantes.

La integración de los derechos humanos en el desarrollo contribuye a que las medidas puestas en práctica consideren la situación específica de los individuos y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos (OACDH, 2004; CEPAL, 2006). Ello coadyuva a superar la lógica de los marcos conceptuales y normativos a partir de los que se han construido las políticas públicas y las instituciones de desarrollo que, tradicionalmente, se han erigido desde concepciones estandarizadas de la humanidad, donde algunos atributos —lo masculino, la adultez y determinado origen étnico— son los ejes que erigen la identidad, la constitución del sujeto y la ciudadanía. En este contexto, las especificidades de mujeres, indígenas, personas con discapacidad o personas mayores, por ejemplo, no se han considerado de forma plena.

El enfoque de desarrollo basado en derechos, en cambio, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos que en el pasado fueron excluidos sean tratados en el presente sobre la base de la igualdad y el respeto a la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Organización de las Naciones Unidas, 1995b).

El proceso de envejecimiento de la población abre nuevas posibilidades para este enfoque y, como corolario, para la construcción de ciudadanías del siglo XXI. En primer lugar, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, independientemente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar (Organización de las Naciones Unidas, 1995b). En segundo lugar, irrumpe o se consolida un nuevo sujeto social que reclama un tratamiento particular en razón de su edad e introduce nuevas vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

La legitimidad de ambos puntos de vista es evidente, ya que las personas mayores, al igual que otros grupos sociales, han disfrutado de un ejercicio limitado de igualdad y libertad, producto de desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y de que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Organización de las Naciones Unidas, 1995a).

Desde este ángulo, uno de los desafíos centrales del desarrollo basado en derechos es cómo contribuye a la construcción de una sociedad con cabida para todos y todas, donde las personas, independientemente de su edad o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

EL CONSENSO EN TORNO A LOS DERECHOS, LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS MODALIDADES DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

En el 2006, la CEPAL planteó la necesidad de alcanzar un nuevo consenso político en relación con la sociedad que se quiere construir, a fin de conjugar las conocidas restricciones económicas, las debilidades institucionales y las demandas de los grupos sociales titulares de derechos.

Esta propuesta fue acogida por los países miembros de la Comisión en la resolución 626(XXXI) de 2006, en que se reconoce que

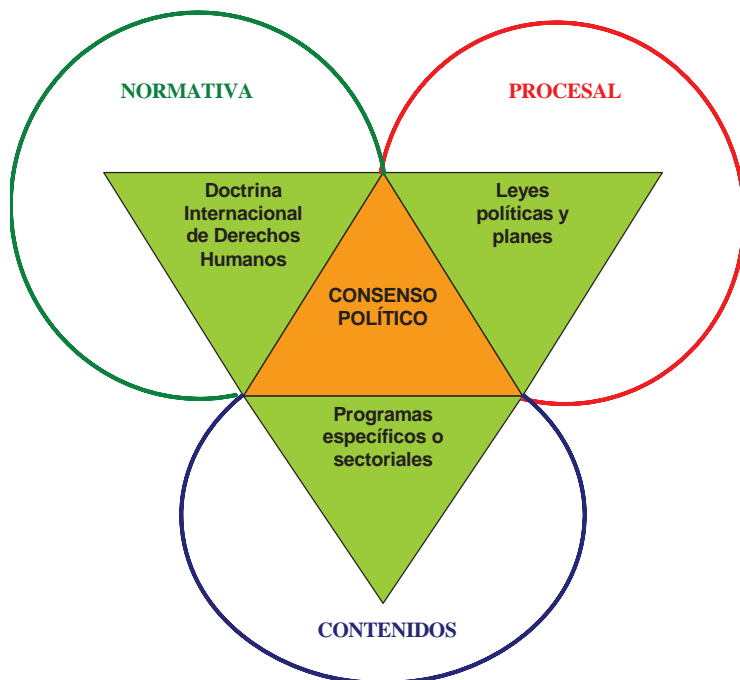
la protección social en América Latina y el Caribe debe ser objeto de un cambio de enfoque en respuesta a los cambios que se dan a nivel global y [que] repercuten en nuestras sociedades, y su mejora potencia las sinergias positivas entre equidad social, democracia participativa y crecimiento económico.

Para armonizar una agenda de derechos humanos con las exigencias a las que se ven sometidos los países en el momento actual, la CEPAL propone avanzar un nuevo pacto de protección social que considere tres dimensiones (normativa, procesal y de contenidos) para progresar hacia el ejercicio de los derechos ciudadanos de todos los grupos sociales. Es necesario, entonces, realzar las demandas específicas de determinados sectores —hasta ahora invisibles para la agenda del desarrollo—, con el fin de que este nuevo pacto los incluya integralmente. En el caso de las personas mayores, la estrategia incluye el desarrollo y la aplicación de conceptos y contenidos particulares en cada una de las dimensiones antes mencionadas (véase el diagrama 2).

a) Dimensión normativa

Las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de las personas mayores deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están

DIAGRAMA 2
DIMENSIONES DEL NUEVO PACTO DE PROTECCIÓN SOCIAL
BASADO EN DERECHOS



Fuente: Celade-División de Población de la CEPAL sobre la base de CEPAL, 2006.

protegidas por los instrumentos vinculantes de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención Americana sobre Derechos Humanos y su protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante, el Protocolo de San Salvador), entre otros.

En el Protocolo de San Salvador se establece específicamente la protección de las personas mayores en su artículo 17, donde los Estados partes se comprometen a proporcionar de manera pro-

gresiva instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas, crear programas laborales destinados a concederles la posibilidad de realizar una actividad productiva y estimular la formación de organizaciones sociales que mejoren su calidad de vida. A la fecha, el Protocolo ha sido ratificado por 14 países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Uruguay).

Los derechos de las personas mayores, sin embargo, no han sido estandarizados en un instrumento vinculante, como ocurre con otros grupos sociales —mujeres, niños y personas con discapacidad—. En este sentido, la jurisprudencia y la doctrina de los comités de los tratados tienen una importante función para avanzar en la comprensión de los derechos en la vejez.

En efecto, los comités, por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación con los pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos. Así lo hizo el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 en su observación general número 6, donde aborda los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (véase el cuadro 1) orientando a los Estados partes para que comprendan mejor sus obligaciones con las personas de edad cuando apliquen diversas disposiciones de este instrumento (Organización de las Naciones Unidas, 1999).

Recientemente, el 19 de octubre de 2010, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer adoptó la recomendación general número 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. Su propósito es identificar las múltiples formas de discriminación que ellas sufren y entregar lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención desde la perspectiva del envejecimiento con dignidad y los derechos de las mujeres. También incluye recomendaciones de políticas para integrar sus preocupaciones a las

CUADRO 1
COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES:
CONTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 6

| <i>Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)</i> | <i>Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)</i> |
|--|--|
| Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3) | Los Estados partes deben prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas que, independientemente de su género, carezcan de recursos para alcanzar una edad especificada en la legislación nacional. |
| Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8) | Los Estados partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión, garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, otorguen empleo a trabajadores de edad avanzada que les permita hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas de jubilación reparatorios. |
| Derecho a la seguridad social (artículo 9) | Los Estados partes deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el periodo de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos. |

CUADRO 1 (*Continuación*)

| <i>Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)</i> | <i>Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)</i> |
|--|--|
| Derecho de protección a la familia (artículo 10) | Los gobiernos y las ONG deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada. |
| Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11) | Las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, autosuficiencia y otras. También establece el desarrollo de políticas que favorezcan la vida en sus hogares por medio del mejoramiento y adaptación de sus viviendas. |
| Derecho a la salud física y mental (artículo 12) | Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida. |
| Derecho a la educación y cultura (artículo 13) | Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: <i>i)</i> el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos; y <i>ii)</i> poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes. |

Fuente: Huenchuan y Morlachetti (2007) sobre la base de Organización de las Naciones Unidas, 1999.

estrategias nacionales, las iniciativas de desarrollo y de acción positiva, para que las mujeres de edad puedan participar plenamente, sin discriminación y en pie de igualdad con los hombres. Junto con ello, entrega una guía para incluir la situación de las mujeres mayores en el proceso de presentación de informes de los Estados parte de la Convención.

CUADRO 2

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER:
ALGUNOS CONTENIDOS DE LA RECOMENDACIÓN GENERAL NÚMERO 27

| <i>Tema</i> | <i>Recomendaciones</i> |
|-------------|---|
| General | <p>Los Estados partes deben tomar medidas adecuadas, incluyendo aquellas de orden legislativo, dirigidas a eliminar la discriminación de las mujeres mayores. Deben adoptar políticas y medidas sensibles al género y a la edad que aseguren a las mujeres mayores participar plena y efectivamente en los ámbitos político, social, económico, cultural, civil o cualquier otro.</p> <p>Los Estados partes tienen la obligación de asegurar el pleno desarrollo y el avance de las mujeres a lo largo del ciclo de vida, tanto en tiempos de paz o de conflicto como en situaciones de desastre.</p> <p>Los Estados partes deben recolectar, analizar y diseminar información desagregada por edad y sexo y proporcionar información sobre la situación de las mujeres mayores, incluyendo aquellas que viven en áreas rurales, zonas de conflicto, mujeres de grupos minoritarios o con discapacidad.</p> <p>Los Estados partes deben proporcionar a las mujeres mayores información sobre sus derechos y la forma de tener acceso a los servicios legales, junto con velar, entre otros aspectos, por el derecho de propiedad de las mujeres mayores y asegurarles que no sean privadas de su capacidad legal de forma arbitraria o discriminatoria.</p> |
| Esteretipos | <p>Los Estados partes tienen la obligación de combatir los prejuicios negativos y modificar los patrones culturales de conducta que perjudican a las mujeres mayores. Deben, además, reducir el abuso y el maltrato en todas sus formas.</p> |
| Violencia | <p>Los Estados partes tienen la obligación de reconocer y prohibir la violencia contra las mujeres mayores, incluyendo aquellas con discapacidad, en la legislación sobre violencia doméstica, violencia sexual y violencia institucional. Deben investigar, procesar y penar todo acto de</p> |

CUADRO 2 (*Continuación*)

| <i>Tema</i> | <i>Recomendaciones</i> |
|----------------------------------|--|
| | <p>violencia contra las mujeres mayores, incluyendo aquellos que son resultado de creencias o prácticas tradicionales.</p> <p>Los Estados partes deben prestar especial atención a la violencia sufrida por las mujeres mayores en tiempos de conflicto armado, el impacto de dichos conflictos en sus vidas y la contribución de las mujeres mayores tanto al establecimiento de la paz como a los procesos de reconstrucción.</p> |
| Participación en la vida pública | <p>Los Estados partes tienen la obligación de asegurar a las mujeres mayores las oportunidades para participar en la vida pública y política, así como en los puestos públicos en todos los niveles, incluyendo los procesos electorales.</p> |
| Educación | <p>Los Estados partes tienen la obligación de asegurar la igualdad de oportunidades de educación para las mujeres de todas las edades y el acceso a la educación de adultos y oportunidades de aprendizaje permanente a las mujeres mayores.</p> |
| Trabajo y beneficios de pensión | <p>Los Estados partes deben facilitar la participación de las mujeres mayores en el trabajo remunerado sin discriminación basada en el sexo o la edad.</p> <p>Los Estados partes tienen la obligación de asegurar que no se discrimine a las mujeres mayores respecto de las edades fijadas para la jubilación, sea en el sistema público o privado, y deben proporcionar pensiones no contributivas adecuadas sobre una base igualitaria a todos los hombres y mujeres que no tengan acceso a la seguridad social.</p> <p>Los Estados partes tienen que asegurar que las mujeres mayores, incluyendo aquellas con responsabilidades en el cuidado de niños, tengan acceso a beneficios económicos y sociales como cuidadoras, como también a todo el apoyo necesario cuando cuidan a padres ancianos o parientes.</p> |

CUADRO 2 (*Continuación*)

| <i>Tema</i> | <i>Recomendaciones</i> |
|-------------------------------------|---|
| Salud | Los Estados partes deben proporcionar medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, atención social y de salud de largo plazo, incluyendo el cuidado que permita una vida independiente y aquellos de tipo paliativo, entre otras acciones. |
| Empoderamiento económico | Los Estados partes deben remover las barreras basadas en la edad y el sexo en el acceso a créditos agrícolas y asegurar el acceso a la tecnología por parte de mujeres mayores productoras y campesinas. Deben también facilitar el transporte apropiado para que las mujeres mayores, incluyendo aquellas de áreas rurales, puedan participar en la vida económica y social. |
| Beneficios sociales | Los Estados partes deben asegurar a las mujeres mayores el acceso a una vivienda adecuada acorde a sus necesidades y eliminar las barreras arquitectónicas y de movilidad que obstaculizan su vida. Tienen también que prestar servicios sociales que permitan a las mujeres mayores mantenerse en su hogar y vivir de manera independiente el mayor tiempo posible. |
| Mujeres rurales y otras vulnerables | Los Estados partes deben facilitar el acceso al agua, la electricidad y otros servicios para las mujeres mayores. Deben también asegurar la protección de las mujeres mayores con estatus de refugiadas, apátridas, internamente desplazadas, trabajadoras migrantes, a través de la adopción de leyes y políticas sensibles al género y la edad. |
| Matrimonio y vida familiar | Los Estados partes tienen que derogar la legislación que discrimine a las mujeres mayores en el matrimonio y su disolución, incluyendo la propiedad y la herencia. Junto con ello, deben derogar la legislación que discrimine a las mujeres mayores viudas con respecto a la propiedad y la herencia, y protegerlas contra la apropiación indebida de sus tierras. |

Fuente: Elaborado sobre la base de Organización de las Naciones Unidas, 2010.

A continuación se ofrece un breve resumen de los contenidos de la recomendación en el ámbito general y en los relativos a la discriminación, los estereotipos, la violencia, la participación en la vida pública, la educación, el trabajo y otros beneficios, la salud, el empoderamiento económico, los beneficios sociales, las mujeres mayores rurales y otras vulnerables, el matrimonio y la vida familiar (véase el cuadro 2).

b) Dimensión procesal

La legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y las políticas o planes de acción para garantizar los derechos de las personas mayores. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete.

Existen tres criterios básicos para que la dimensión instrumental sea efectiva: la no discriminación, la progresividad y la participación. De acuerdo con distintos instrumentos internacionales de derechos humanos, se entenderá por discriminación de las personas mayores “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales” (Vásquez, 2004).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha identificado a las personas mayores como uno de los grupos susceptibles de sufrir discriminación en materia de derechos, y recomienda a los Estados: *i)* revisar sus legislaciones y eliminar cualquier discriminación *de iure* o *de facto*; *ii)* sancionar normas que protejan a las personas mayores contra la discriminación, y

iii) establecer medidas de discriminación positiva cuando se equiparen las oportunidades de las personas mayores con las de otros grupos sociales en el disfrute de determinados derechos (Abramovich y Courtis, 2006).

Si bien el criterio de progresividad reconoce que no se pueden realizar plenamente todos los derechos en un corto lapso de tiempo, no significa que el Estado pueda aplazar de forma indefinida su cumplimiento o que sólo lo haga una vez alcanzado un determinado nivel de desarrollo económico. La progresividad también implica una obligación de resultados, por lo que el Estado debería demostrar avances cuantitativos y cualitativos en el proceso de alcanzar la plena realización de los derechos. Asimismo, entraña una limitación en cuanto a la adopción de medidas regresivas, por el principio de no retroceso aplicable a los derechos humanos (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

En definitiva, los Estados deberían planificar las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, ya que la realización progresiva requiere metas, indicadores y puntos de referencia respecto de la realización de los mismos (OACDH, 2004). La opinión de las personas mayores debería ser considerada en el proceso de determinación de estos puntos de referencia, además de incorporar a este grupo etario a las instancias de rendición de cuentas en relación con los avances y promover su participación. Es necesario, entonces, informar, diseminar, divulgar los derechos y libertades de tal forma que sean conocidos y ejercidos por las personas mayores y las organizaciones que las representan (Vásquez, 2004), lo que requiere mecanismos concretos para ejercer su derecho a la participación y el acceso a la información adecuada para mejorar su capacidad de incidencia.

c) Dimensión de contenidos

La dimensión de contenidos se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad que se ponen en práctica median-

RECUADRO 2
GRUPO DE TRABAJO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES
CREADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU

El 19 de noviembre de 2010, la Asamblea General de Naciones Unidas decidió establecer un ámbito de trabajo con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad. Podrán participar en él los Estados miembros de Naciones Unidas, según la disposición de la Tercera Comisión de la 65ª Asamblea General, encargada de los asuntos sociales, humanitarios y culturales, en su resolución A/C.3/65/L.8/Rev.1.

Su reciente creación tiene como antecedente la solicitud que la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), señora Alicia Bárcena, elevó al Secretario General de Naciones Unidas, Sr. Ban Ki-moon, en cumplimiento de los Acuerdos de la última sesión del Comité Especial de CEPAL sobre Población y Desarrollo, celebrada en Santiago de Chile, del 12 al 14 de mayo de 2010. La solicitud destacó la prioridad de establecer un grupo que lidere la elaboración de un tratado internacional de protección de los derechos humanos de las personas mayores.

El impulso que América Latina y el Caribe han dado a este tema obedece a la progresiva consolidación del enfoque de derechos en el diseño de las políticas públicas relativas al envejecimiento y la vejez en estos países. Así, y en coincidencia con el Comité Especial, el Grupo de los 77 —hoy presidido por la República Argentina— y China presentaron un proyecto de resolución sobre el seguimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, solicitando que se establezca formalmente un grupo de trabajo dirigido a fortalecer los derechos humanos de las personas de edad y considerar la viabilidad de nuevos instrumentos jurídicamente vinculantes.

La creación del grupo a nivel de la Asamblea General instaló un hito sin precedentes en la vigilancia de los derechos humanos en general, y tendrá por cometido examinar el marco jurídico internacional en materia de derechos de las personas de edad, para determinar posibles deficiencias y soluciones.

Hasta el momento, el marco jurídico internacional no cuenta con un instrumento vinculante para la protección de los derechos de las personas mayores. Por lo tanto, como ha dicho la CEPAL en sus recientes publicaciones, la dispersión normativa será, por tanto, un punto que considerar. El grupo se reunirá en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York a

RECUADRO 2 (*Continuación*)

principios de 2011, cuando decidirá su calendario y programa de actividades. La Asamblea General invitó a los Estados, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales interesadas, a que contribuyan con la labor encomendada a este grupo de trabajo.

Fuente: CEPAL/Celade, 2010.

te programas sectoriales o específicos dirigidos a personas mayores (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios (CEPAL, 2006).

A esta dimensión se asocian la responsabilidad y la exigibilidad del enfoque de derechos humanos, que se refieren a la creación y el desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado. Estos mecanismos pueden incluir desde dispositivos judiciales, cuasijudiciales, administrativos y de política (OACDH, 2004); por ejemplo, a nivel doméstico, instituciones como las defensorías (el caso de Guatemala) y, a nivel internacional, el sistema interamericano (Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos). Es fundamental que estos instrumentos sean accesibles y comprensibles para las personas mayores, por lo que es preciso que tengan acceso a la información para hacerlos efectivos en caso de necesidad.

La normativa internacional de derechos humanos es una herramienta esencial para promover y proteger positiva y ampliamente los derechos en la vejez. Para avanzar en un pacto de protección social, que incluya de forma plena a este grupo social, es imperioso reconocer a las personas mayores como titulares de derechos generales y específicos, en el marco de los principios de universalidad y solidaridad (recuadro 2).

LAS NORMAS Y POLÍTICAS NACIONALES SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

a) La protección constitucional de los derechos de las personas mayores

La titularidad de los derechos tiene como referentes normativos los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos; sin embargo, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno (CEPAL, 2006). Desde el inicio de los procesos de instauración de la democracia en la región existe la tendencia a integrar estos instrumentos internacionales al derecho interno.²

En general, los derechos reconocidos en los tratados internacionales se traducen en los textos constitucionales mediante su interpretación o incorporación explícita. La constitucionalización de los derechos de las personas mayores significa que el ordenamiento jurídico, las políticas públicas, su institucionalidad y los actos de las autoridades de gobierno deberán ajustarse y ser compatibles con ellos.

Si bien todos los derechos y garantías reconocidos en los textos constitucionales son, por supuesto, aplicables a las personas mayores, existen casos en que los derechos de este grupo social se reconocen taxativamente. En las cartas constitucionales

² En algunas constituciones, los principales tratados de derechos humanos son enumerados en forma taxativa (en las de Argentina, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela), estableciendo explícitamente que tienen jerarquía constitucional, lo que les otorga mayor exigibilidad en el derecho interno. En otras, los tratados de derechos humanos son considerados como una guía para la interpretación de los derechos consagrados (Colombia). Asimismo, en algunas constituciones se declara la preeminencia de lo dispuesto en los tratados internacionales por sobre el derecho interno, lo que en principio podría interpretarse que los sitúa por debajo de la Constitución, pero por encima de toda la legislación nacional (Brasil, Costa Rica, Honduras y Guatemala). En las constituciones chilena y ecuatoriana, en cambio, los tratados internacionales se asumen con un carácter más general, consignando el respeto y promoción de los derechos humanos.

de Brasil, Costa Rica, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, la República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela se establece expresamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial del Estado. Asimismo, junto con Guatemala, estos Estados garantizan la protección integral de las personas mayores, reconociendo algunos derechos económicos y sociales que van desde la atención a la salud, la alimentación, las condiciones de vida digna y la vivienda, hasta el concepto más general de Estado de bienestar. En todos ellos existe una obligación positiva que implica adoptar políticas o programas para el efectivo ejercicio de los derechos, con el deber del Estado de impulsarlos e implementarlos. En otros casos, los Estados se obligan a adoptar medidas legislativas para la protección de las personas mayores; en Argentina, por ejemplo, se dispone el deber de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato a las personas mayores, así como el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por los tratados internacionales.

A lo anterior se suma la protección de algunos derechos económicos, sociales y culturales; por ejemplo, el derecho a la seguridad social, presente en todas las constituciones analizadas, aunque el alcance de las disposiciones varía de un país a otro. En la Constitución brasileña se garantiza expresamente un salario mínimo a la persona mayor que lo necesite, con independencia de su contribución a la seguridad social; en la de Colombia se establece que el Estado garantizará un subsidio alimentario en la vejez en caso de indigencia, y el texto constitucional cubano prevé de forma explícita la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo.

En la Constitución de Brasil se identifica a las personas mayores como un grupo vulnerable y les otorga prioridad de atención, además de establecer su obligatoriedad en caso de violencia doméstica. En las cartas constitucionales del Brasil y México se condena la discriminación por edad en general, mientras que en

las de Panamá, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela es prohibida en el ámbito laboral. Por último, el derecho a la participación e integración de las personas mayores en la vida de la comunidad es acogido expresamente en los casos colombiano y brasileño.

Del reconocimiento constitucional explícito de los derechos de las personas mayores se derivan, por lo tanto, obligaciones para el efectivo cumplimiento por parte de los poderes instituidos. Si bien sería deseable la adopción de leyes específicas, la presencia de esos derechos en el texto constitucional los hace operativos y, por ende, tienen una aplicabilidad directa y vinculan a todos los poderes públicos, impidiendo que los violen por acción u omisión.

Una muestra de cómo el envejecimiento ha ido constituyéndose en un asunto cada vez más importante en la región son las constituciones de Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Dominicana, recientemente aprobadas, las cuales tienen un desarrollo mucho más amplio de los derechos de las personas mayores (véase el recuadro 3).

b) Leyes especiales de protección de los derechos en la vejez

Como ya se dijo, para promover el enfoque de los derechos humanos en los asuntos de las personas mayores, los Estados deben crear las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan su desarrollo íntegro. En este sentido, un país no sólo debe abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino que además debe realizar prestaciones positivas, es decir, adoptar medidas administrativas y legislativas para que el ejercicio de esos derechos no sea ilusorio.

Respecto de las medidas legislativas, los países pueden reconocer algunos derechos de las personas mayores al incluirlos en leyes generales —como ocurre en el caso argentino (Roqué, 2010)— o mediante la creación de normas que los protejan específicamente.

RECUADRO 3

LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS CONSTITUCIONES
DE ECUADOR, EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
Y LA REPÚBLICA DOMINICANA

En las nuevas constituciones de Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Dominicana, adoptadas en 2008, 2009 y 2010, respectivamente, se han incorporado de manera mucho más extendida los derechos de las personas mayores.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, por ejemplo, establece en su quinto capítulo, sobre derechos sociales y económicos, que todas las personas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana, y que el Estado proveerá una renta vitalicia de vejez en el marco del sistema de seguridad social integral de acuerdo con la ley.

Junto con ello, el Estado deberá adoptar políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades, y se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación contra ellas.

La Constitución Política del Ecuador, en tanto, establece en su artículo 36 que las personas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de la inclusión social y económica y la protección contra la violencia.

Junto con ello, el Estado se obliga a garantizar a las personas mayores la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; el trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones; la jubilación universal; el acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento. También se les deberá brindar atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias, así como protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas, entre otros varios beneficios y garantías.

La Constitución de la República Dominicana, por su parte, por medio del artículo 57 sobre protección de las personas de la tercera edad, establece que la familia, la sociedad y el Estado concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, y que el Estado garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

Fuente: Asamblea Constituyente, *Constitución política de la República del Ecuador*, Quito, 2008; Asamblea Constituyente, *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2009; Asamblea Nacional, *Constitución de la República Dominicana*, Gaceta Oficial núm. 10561, 26 de enero de 2010.

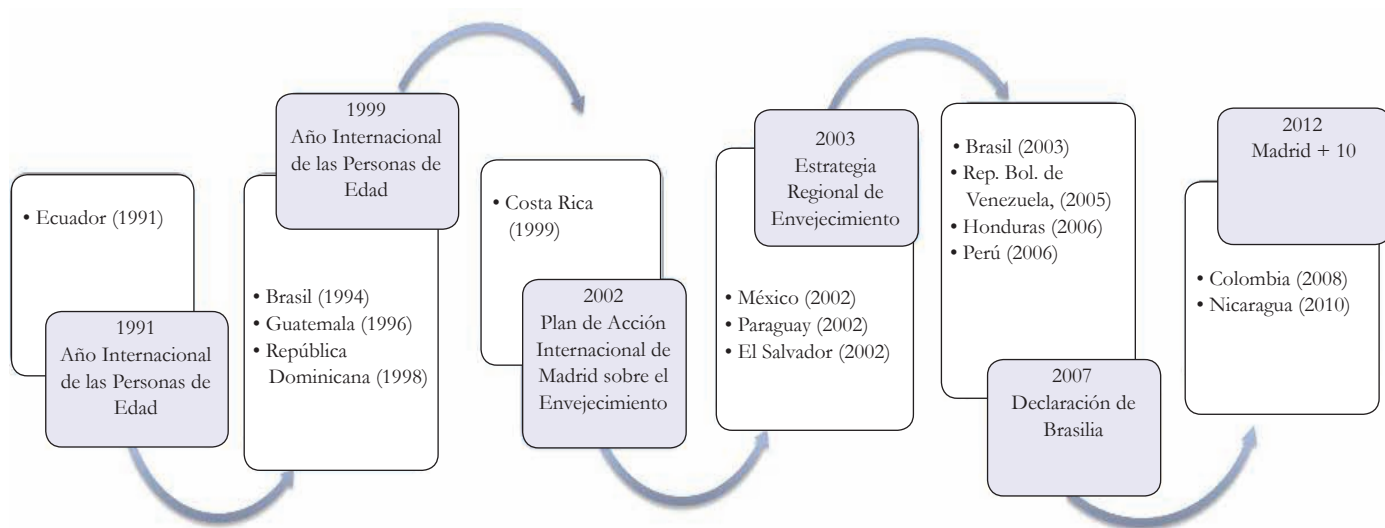
Las primeras legislaciones destinadas a las personas mayores en la región datan de inicios de los años noventa, y cada vez hay mayor número de países que han considerado necesario establecer un marco jurídico para proteger los derechos de las personas de edad o para regular la atención integral de este grupo social, o para ambos propósitos (véase el diagrama 3).

Hasta el momento, 13 países latinoamericanos cuentan con una norma específica en la materia (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela).³ En otros, el proceso de legislar está en marcha. Por ejemplo, en el Estado Plurinacional de Bolivia existe un anteproyecto de ley de derechos de las personas mayores, y en Chile la Cámara de Diputados solicitó al Poder Ejecutivo, por medio de un proyecto de acuerdo aprobado por unanimidad en julio de 2010, que envíe al Congreso un proyecto de ley integral sobre los derechos de las personas de edad. En Argentina se está trabajando en una ley de protección integral de los derechos de las personas mayores (Roqué, 2010), al igual que en Panamá (Panamá, Mides, 2010).

En la región se aprecia una marcada tendencia a abandonar la perspectiva de la asistencia social para adoptar un enfoque de derechos humanos en el abordaje de los asuntos de las personas mayores. Esto se observa claramente en la legislación especial, que en la mayoría de los casos tiene como objetivo promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores, integrando de esta manera las normas reconocidas en los tratados de derechos humanos y las previsiones constitucionales.

³ Las leyes de Chile y Uruguay están destinadas a crear una institucionalidad específica: en el caso de Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Ley 19828 de 2002), y en el de Uruguay, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (núm. 18.617 de 2009).

DIAGRAMA 3
 AMÉRICA LATINA: CRONOLOGÍA DE APROBACIÓN DE LAS LEYES
 DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la legislación mencionada.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA: DERECHOS PROTEGIDOS EN LAS NORMAS NACIONALES
DEDICADAS A LAS PERSONAS MAYORES, 2010

| <i>País</i> | <i>Derecho a la igualdad y a la no discriminación</i> | <i>Derecho a la vida y a una muerte digna</i> | <i>Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno</i> | <i>Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad</i> | <i>Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales</i> | <i>Derecho a la salud física y psíquica</i> |
|--------------------------------------|---|---|--|--|---|---|
| Brasil | x | x | x | x | x | x |
| Colombia | x | x | x | x | x | |
| Costa Rica | | | x | x | x | x |
| Ecuador | | | | | x | x |
| El Salvador | x | | x | x | | x |
| Guatemala | | | | x | x | x |
| Honduras | x | | x | x | | x |
| México | x | | x | x | x | x |
| Nicaragua | x | | x | x | x | x |
| Paraguay | x | | | | x | x |
| Perú | x | x | x | x | x | x |
| Rep. Dominicana | x | x | x | x | x | x |
| Venezuela (República Bolivariana de) | x | | | x | x | x |

CUADRO 3 (Continuación)

| <i>País</i> | <i>Derecho a la educación y a la cultura</i> | <i>Derecho a la vivienda y a un entorno saludable</i> | <i>Derecho al trabajo</i> | <i>Derecho a la seguridad social</i> | <i>Derechos y libertades fundamentales de las personas institucionalizadas</i> | <i>Derechos de las personas mayores en situación de detención o prisión</i> |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------|--------------------------------------|--|---|
| Brasil | x | x | x | x | | |
| Colombia | x | | x | | | |
| Costa Rica | x | x | x | x | x | |
| Ecuador | | x | | | | |
| El Salvador | x | x | | x | | |
| Guatemala | x | | x | | | |
| Honduras | | | x | | | |
| México | x | x | x | x | | |
| Nicaragua | x | x | x | | | |
| Paraguay | x | x | x | | | |
| Perú | x | | | | | x |
| República Dominicana | x | x | x | | x | x |
| Venezuela (República Bolivariana de) | x | x | x | | x | |

Fuente: elaborado sobre la base de la Ley 10.741 (2003) de Brasil; Ley 1251 (2008) por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, de Colombia; Ley 7935 (1999) de Costa Rica; ley núm. 127 (1991) y Ley reformatoria a la ley del anciano (2001), de Ecuador; Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (2002) de El Salvador; Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto núm. 80 (1996), de Guatemala; Decreto legislativo núm. 199 (2006) Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, de Honduras; Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) de México; Ley del Adulto Mayor (2010) de Nicaragua; Ley 1885 (2010) de las personas adultas, de Paraguay; Ley de las Personas Adultas Mayores, núm. 28803 (2006), de Perú; Ley 352-98 (1998) sobre Protección de la Persona Envejeciente, de la República Dominicana, y Ley de Servicios Sociales (2005) de la República Bolivariana de Venezuela.

Estas legislaciones han contribuido de manera sustancial a la construcción del abordaje del envejecimiento y la vejez como un asunto de derechos humanos en la región, y aunque hay elementos que aún son débiles o están ausentes —como los derechos de las mujeres mayores, de los ancianos indígenas y de las personas de edad en situación de crisis o desastres—, su promulgación constituye un elemento fundamental para avanzar hacia niveles más amplios de garantía y protección.

CONCLUSIONES

Tradicionalmente, la concepción predominante de la vejez ha sido la de una etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales. En raras ocasiones las personas mayores han sido concebidas como sujetos capaces de aportar a la sociedad y a sus familias. El término “carga” sigue siendo el más común para referirse a esta etapa de la vida, ya sea cuando se aborda el tema desde la perspectiva económica o desde la social. La aplicación del enfoque de los derechos humanos para el análisis e interpretación de los asuntos de la vejez ha significado un cambio paradigmático, y las Naciones Unidas han hecho un enorme aporte en este sentido —sea por medio de los Principios en Favor de las Personas de Edad, sea por la celebración del Año Internacional de las Personas de Edad, sea por las dos asambleas mundiales sobre el envejecimiento.

El enfoque de los derechos humanos aplicado a los asuntos del envejecimiento conlleva enormes ventajas para un tratamiento más justo de los problemas y las necesidades de las personas mayores. Básicamente, significa que el derecho internacional es el marco conceptual aceptado y capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas en el ámbito de las políticas públicas. Implica la existencia de mecanismos de responsabilidad, la promoción de la igualdad y la no discriminación, la participación y el empoderamiento de grupos excluidos y la realización progresiva de los derechos.

Las oportunidades para las personas mayores son evidentes. En primer lugar, dejan de ser concebidas solamente como receptores y pasan a ser sujetos activos en un escenario que respete su diferencia y promueva su plena inclusión. Pueden acceder a un abanico más amplio de políticas —no sólo aquellas concentradas en la necesidad económica—, siendo las más importantes las medidas afirmativas para alcanzar la plena igualdad y el ejercicio de sus derechos.

Sin embargo, las personas mayores no cuentan con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja sus derechos, como ocurre con otros grupos discriminados, por lo que para hacerlos efectivos hay que superar la enorme dispersión normativa existente tanto en el ámbito de las Naciones Unidas como en el interamericano. No obstante, es claro el consenso internacional emergente en torno a los derechos de las personas mayores, puesto que existe una amplia variedad de normas que, con independencia de su estatus jurídico, establecen un piso mínimo de derechos que deben ser garantizados. Junto con ello, los comités de los tratados —en especial del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)— han realizado una importante labor para la interpretación de los derechos humanos en el contexto del envejecimiento (por medio de la observación general número 6 del Comité del PIDESC y la recomendación general núm. 27 de la CEDAW, esta última recién aprobada en octubre de 2010).

Las normas y políticas regionales y nacionales sobre las personas mayores son igualmente una fuente rica de contenidos que han de nutrir un enfoque de derechos humanos aplicado a las políticas públicas en el contexto del envejecimiento. La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la Declaración de Brasilia y el Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el envejecimiento activo y saluda-

ble, son ejemplos de ello, a los que se suman las garantías constitucionales y las normas específicas de protección de los derechos de las personas mayores que están vigentes en 13 países latinoamericanos —Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela—. Todos ellos reflejan un consenso creciente en torno a la necesidad de proteger de manera amplia y sistemática los derechos de las personas mayores.

No obstante lo anterior, la inexistencia de un tratado específico sobre los derechos de las personas mayores limita en muchos casos la protección efectiva de los mismos. Por una parte, falta un conjunto coherente de principios normativos para guiar las acciones, y por la otra, hay una falta de especificidad de los derechos humanos aplicados a la situación de las personas mayores. Como resultado, la labor a favor de este grupo social se dificulta enormemente y, en muchos casos, la violación de los derechos de las personas mayores es producto del desconocimiento, más que del incumplimiento de las obligaciones. Una convención que proteja los derechos en la vejez sería, por lo tanto, muy útil en términos de sensibilización, educación, promoción y ejercicio de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOVICH, V. (2004). “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina”. Documento preparado para la reunión Derechos y Desarrollo en América Latina: Una Reunión de trabajo”, Santiago de Chile, 9 y 10 de diciembre.
- ABRAMOVICH, V. y C. COURTIS (2006). *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

- ARBER, S., Y J. GINN (1995). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* [LC/G.2294 (SES.31/3)], trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
- CELADE-CEPAL (2010). *Boletín Envejecimiento y Desarrollo*, núm. 8 [en línea]. Disponible en <http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/42182/Boletin_8Web.pdf>.
- COURTIS, C. (2004). “Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003”. *Jueces para la Democracia* 51: 7-14.
- ELDER, CH. Y R. COBB (1993). “Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos”. En *Problemas públicos y agenda de gobierno*, compilado por L. Aguilar, 77-101. México: Miguel Ángel Porrúa.
- ETXEBERRÍA, X. (2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- FERICGLA, J. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- GUENDEL, L. (2000). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía*. San José: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Universidad de Costa Rica.
- HAM CHANDE, R. (1996). “El envejecimiento. Una nueva dimensión de la salud en México”. *Revista de Salud Pública* 38 (6): 409-418.
- HUENCHUAN, S. (2010). “Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales”. Ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos

- en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas. Montevideo, 9 y 10 de septiembre.
- HUENCHUAN, S. (1999). “Vejez, género y etnia. Acercamiento a un enfoque de las diferencias sociales”. *Revista de Educación y Humanidades* 7-8, 1998-1999: 41-60. Facultad de Educación y Humanidades, Temuco (Chile). Universidad de La Frontera.
- HUENCHUAN, S. (2003). “Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas”. *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social* 12: 13-22. Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- HUENCHUAN, S. (2004). *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL (serie Población y Desarrollo, 51). (LC/L.2115-P). Publicación de la Organización de Naciones Unidas, núm. de venta: S.04.II.G.44.
- HUENCHUAN, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, CEPAL (Libros de la CEPAL, 100) (LC/G.2389-P). publicación de la Organización de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.08.II.G.94.
- HUENCHUAN, S., y A. MORLACHETTI (2007). “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”. *Revista Notas de Población* 85: 145-180 (LC/G.2346-P), diciembre de 2007. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade)-División de Población de la CEPAL.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1995a). “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”. Observación general núm. 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1). Ginebra: Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1995b). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9). Copenhague.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1999). “Año Internacional de las Personas Mayores 1999” [en línea]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en <<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyof1.htm>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2010). “General Recommendation N° 27 on Older Women and Protection of their Human Rights” (CEDAW/C/2010/47/GC.1). Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). 2010.
- OACDH (2004). *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual* (HR/PUB/04/1). Nueva York: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). Organización de las Naciones Unidas.
- PANAMÁ, MIDES (2010). “Informe de Panamá en la sesión ‘Protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura’”. Panamá: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- PAPALIA, D. Y S. WENDKOS (1988). *Desarrollo humano*. Bogotá: Limusa.
- QUINN, G.M. Y T. DENEGER (2002). *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas.
- ROMIEUX, M. (1998). “La educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad”. *Revista Enfoques Educativos* 1 (1). Santiago de Chile.
- ROQUÉ, M. (2010). Informe de Argentina en la sesión “Protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura”. X Conferencia Riicotec (Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica), “De la

- necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”. Asunción, 22 al 24 de septiembre.
- VÁSQUEZ, J. (2004). “Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada”. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento. II Foro de Centroamérica y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, noviembre.
- X CONFERENCIA RIICOTEC (2010). “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”. Asunción: X Conferencia Riicotec (Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica). 22 al 24 de septiembre.

DE LAS POLÍTICAS SOCIALES AL DERECHO
DE LA VEJEZ: SOBRE LA NECESIDAD
DE UN MODELO *IUSFUNDAMENTAL* DE CIUDADANÍA
EN LA ANCIANIDAD

María Isolina Dabove

En otras palabras, en la idea de la felicidad resuena inevitablemente la de redención. Y con esa idea del pasado que la historia hace suya, sucede lo mismo. El pasado comparte un índice secreto por el cual se remite a la redención. ¿No nos roza pues, a nosotros mismos un soplo del aire que envolvió a los antecesores? ¿No existe en las voces a que prestamos oído un eco de las ahora enmudecidas? ...

Si es así, hay entonces una cita secreta entre las generaciones pasadas y la nuestra. A nosotros entonces, como a cualquier otra generación anterior, se nos habrá dotado de una débil fuerza mesiánica a la que el pasado posee un derecho. Ese derecho no cabe despacharlo a un bajo precio...

(Walter Benjamin, 2008)

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva filosófica, puede decirse que la política y el derecho son herramientas culturales que se fueron construyendo a lo largo de la historia con el fin de resolver la problemática que surge cuando se asocian los seres humanos en pos del intercambio de bienes que satisfagan necesidades y encaucen la convivencia. Así, desde la política y el derecho, la sociedad puede muy bien ser considerada una *comunidad distributiva*, dentro de la cual los hombres compartimos, dividimos e intercambiamos bienes y cosas, aspiraciones, deseos, posiciones, debilidades, poder y afectos, que nos van constituyendo como sujetos y objetos de la misma.

La política y el derecho muestran, además, la dimensión interpersonal en la que se constituye nuestra identidad como seres humanos y nos indican —como dice Michael Walzer (1993)— que mi posición, *mi lugar dentro de la economía, mi postura en el orden político, mi reputación entre mis camaradas, mis posesiones materiales: todo ello me llega por otros hombres y mujeres...* *I am because we are* —nos recordaba Jaco Hoffman en su exposición— es una frase que parece resumir la perspectiva de la vida y del envejecimiento que sostienen algunas comunidades africanas, en perfecta sintonía con esta mirada que nos sirve de marco conceptual.

Sin embargo, política y derecho son también herramientas distintas, con sujetos, poderes, objetos, fines y recursos que les son propios, todos los cuales a veces se compatibilizan, complementan o articulan; pero también es posible que se contrapongan, compitan, disocien o desintegren mutuamente. Su relación, por ello, no es lineal, sino dialéctica; no es simple, sino compleja. No es, por lo tanto, unívoca. Es absolutamente polifónica y diversa, dentro de un delicado juego de equilibrios que tal vez sólo permita resultados de suma cero. Por ello, *no existe una vía de acceso única a este mundo de ideologías y de procedimientos distributivos...* —a los que habilitan la política y el derecho—, *ni ha existido un medio universal de intercambio...* (Walzer, 1993).

La política y el derecho se configuran y funcionan, asimismo, sobre un escenario que siempre nos resulta sorprendente: el de la propia realidad, dentro de la cual, naturaleza y cultura, personas y poblaciones, individuos, sistemas, estructuras e instituciones, interactúan y conviven en permanente estado de trasmutación, apropiación, sedimentación, innovación y reciclaje vital. En este contexto, sucede también que la política y el derecho muchas veces resultan desbordados por esta realidad, por los nuevos esquemas que en ella se amalgaman —ya se trate de *redes familiares, de mercados negros, de alianzas, estructuras demográficas*—. De modo tal que es a ellos a quienes se les *escapan las cosas de las manos, resultando* —el derecho y la política— *inoperantes e ineficaces* a la hora de

regular todos los esquemas de compartir, dividir e intercambiar, a partir de los cuales la sociedad adquiere —ahora— forma (Walzer, 1993).

El envejecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento generalizado, son, sin duda, algunos de esos nuevos hechos, resultado de la compleja y sorprendente realidad, y plantean, en cuanto “novedad”, preguntas, problemas y desafíos asociativos y distributivos, frente a los cuales las respuestas sedimentadas y hegemónicas en el presente, que se originaron en el siglo XIX, ya no funcionan de manera consistente. Así pues, en la actual era de la globalización-marginación, la vejez les plantea a la política y al derecho nuevas cuestiones, y les muestra, al propio tiempo, su estrechez.

En este trabajo intentaré mostrar cuáles son los problemas que provienen de los viejos modelos empleados en las políticas sociales y el derecho, y cuál sería, a mi juicio, el camino nuevo que podría emprenderse en busca de respuestas políticas y jurídicas que permitan la construcción de una comunidad distributiva, en la cual los viejos no ocupen el lugar de ese “otro”, de ese “extranjero”, de ese no ciudadano, que no termina de ser asumido en el propio territorio. Para ello, es necesario construir un nuevo concepto de ciudadanía, un concepto: *Iusfundamental*, dentro del cual sea posible demarcar la ancianidad, reconocerla y asumirla con sentido de pertenencia. En suma, se requiere trabajar política y jurídicamente por una vejez comprendida en el campo de los derechos humanos de los Estados y la comunidad internacional: que habilite el desarrollo de un *derecho de la vejez* con raigambre en los derechos humanos; es decir, de corte “iusfundamental”.

Así pues, tres son las hipótesis que se plantean en este trabajo:

1. En el marco del paradigma del Estado constitucional de derecho —neoconstitucionalismo—, la ciudadanía en la vejez implica el respeto de tres condiciones básicas: su demarcación, para establecer la significación de la vejez en la cultura de este tiempo; su reconocimiento institucional, material y formal, para lograr su empoderamiento, y el desarrollo del sentido de pertenencia de las personas de edad, a fin de generar su inclusión familiar y comunitaria.

2. Las políticas sociales gerontológicas, asistencialistas, son necesarias pero no suficientes para la construcción de una ciudadanía iusfundamental en la vejez, ya que no son perdurables, ni tienen vocación de permanencia al estar su desarrollo condicionado por el poder económico y político del Estado que las implementa, y tampoco cuentan con garantías jurídicas que velen con eficacia por su cumplimiento.

3. De modo tal que, en todo Estado constitucional actual, se requiere hacer un pasaje, recorrer una travesía que nos permita desplazarnos del modelo asistencial de las políticas gerontológicas, al del derecho de la vejez, en tanto rama jurídica construida sobre el reconocimiento de los derechos humanos de las personas de edad, en igualdad de condiciones con el de todas las demás.

A fin de dar cuenta de los planteamientos precedentes, en este trabajo haremos un pequeño recorrido histórico de los distintos modelos de vinculación que entre la política y el derecho se fueron originando con el envejecimiento poblacional. Veremos qué problemas políticos y jurídicos son los que se originan en el nuevo escenario distributivo que plantea el aumento de la esperanza de vida en la actualidad. Y también pasaremos revista al derecho de la vejez, en cuanto herramienta jurídica destinada a la construcción política de una ciudadanía que pueda ser calificada como isufundamental para la vejez.

POLÍTICA Y DERECHO: MODELOS DE VINCULACIÓN EN RELACIÓN CON LA VEJEZ

A lo largo de la historia, la política y el derecho fueron definiendo sus territorios y se fueron vinculando, a mi juicio, con base en tres componentes importantes (Goldschmidt, 1986; Ciuro Caldani, 2000; Dabove, 2002):

- a) La *realidad social*, es decir, el escenario, el entramado, la dinámica y los problemas de una comunidad dada.
- b) Las *exigencias distributivas*, derivadas de los diversos criterios de justicia que cada persona y cada sector van reclamando para sí.

- c) Las *respuestas institucionales* que se van constituyendo, tanto desde el Estado, como de la sociedad civil, que van labrando, que van forjando diversos conceptos de ciudadanos y, por ende, de extranjeros.

Así, pues, con el advenimiento del Estado en la edad moderna, tres modelos de vinculación entre la política y el derecho se fueron sucediendo, dando lugar a distintas vías *de acceso a procedimientos distributivos y de intercambio* que justifican la configuración del espacio de cada uno, tanto como el de la propia sociedad:

1. El modelo liberal
 2. El modelo asistencial
 3. El modelo benefactor
-
1. El modelo liberal nace en la edad moderna, y se caracteriza, a mi juicio, por la presencia de una realidad social poco envejecida; por exigencias distributivas que provienen del reconocimiento de la libertad, la propiedad y el sufragio, como enclaves de la idea de justicia; y por la constitución de un Estado gendarme, o liberal, del cual se originaron un derecho capaz de velar únicamente por los derechos civiles y políticos de las personas, consideradas abstractamente respecto de su posición efectiva o rol social, y un concepto republicano de ciudadanía, como respuestas institucionales de la época.
 2. El modelo asistencial, por su parte, se desarrolló en el siglo XIX y es fruto de los cambios tecnológicos y económicos que abrieron el camino al proceso de aumento de la calidad de vida y al inicio del proceso de envejecimiento de la población. En este contexto sociológico, las exigencias distributivas se fueron encauzando hacia el reclamo de oportunidades, respeto por las minorías, e igualdad material. De modo tal que las respuestas institucionales fueron dando lugar a la configuración del Estado social, de un derecho igualitarista, por el

- desarrollo de la seguridad social y el constitucionalismo social, y a una ciudadanía de clase.
3. El tercer modelo es el benefactor y se desarrolla con posterioridad a las guerras mundiales. Durante los años cincuenta, el envejecimiento de la población comienza a ser un fenómeno generalizado en los países industrializados. De manera que con ello surgen nuevas exigencias distributivas, como los reclamos por mejoras en la protección de grupos vulnerables, ya sean éstos minorías políticas, económicas, raciales o etarias, entre otras. Así, en este contexto, las respuestas institucionales darán origen al Estado de bienestar, fortalecerán el desarrollo de los derechos humanos en función de las características especiales de los sujetos titulares (derechos económicos, sociales y culturales, derecho humanitario, derechos raciales, de los niños, enfermos, mujeres, entre otros) y habilitarán el despliegue de una concepción democrática de la ciudadanía.

LA POLÍTICA Y EL DERECHO ANTE LA GLOBALIZACIÓN DE LA VEJEZ: REALIDAD SOCIAL-EXIGENCIAS DISTRIBUTIVAS-RESPUESTAS INSTITUCIONALES

En la actualidad, la realidad social ofrece un panorama sumamente complejo en torno a la ancianidad. Por un lado, este tiempo se caracteriza por haber generado un envejecimiento global y paradójico nunca antes visto. Hoy resulta totalmente fundado proyectar la existencia conforme a una esperanza longeva de vida, seamos latinoamericanos o europeos, asiáticos o africanos (Oxford Institute of Ageing, Ageing Horizons, 2010). Hoy, la vejez es una parte consistente del imaginario individual y colectivo, puesto que, por otra parte, este tiempo ha permitido también la configuración de sociedades multigeneracionales. En ellas conviven simultáneamente tres o cuatro generaciones de personas, constitutivas de una misma familia: bisabuelos, abuelos, padres e hijos. Dos generaciones sucesivas de personas envejecidas y vincu-

ladas por lazos de parentesco: hijos de sesenta y tantos años, con padres que han superado los ochenta, o bien, la coincidencia de dos generaciones alternas de abuelos y nietos (Dabove, 2008).¹

En el plano económico, el envejecimiento global y el multigeneracionismo se desenvuelven como procesos de creciente dependencia. Poco a poco, las generaciones concurrentes tejen entre sí una compleja red distributiva de recursos que suele trasladar a la más joven el papel de proveedor. Bisabuelos y abuelos con magras jubilaciones y pensiones; hijos integrados al mercado de trabajo que subsidian a sus mayores; nietos jóvenes que se preparan para esto mismo, cual carrera de postas.² En tanto, desde la perspectiva cultural se observa, además, que el envejecimiento global y el multigeneracionismo bien pueden entenderse como variantes del multiculturalismo, del pluralismo político y del plurijuridismo. Cada generación esgrime en su haber una forma de entender la vida, códigos de convivencia y prácticas discursivas que le son propios; experiencias, políticas diversas, memorias colectivas diferenciables entre sí y valores específicos.

¹ En términos cuantitativos, la realidad nos revela que el aumento demográfico de la población mayor de 60 años es un fenómeno mundial que plantea nuevos desafíos a las sociedades contemporáneas. En Argentina, la expectativa de vida ha aumentado considerablemente. En 1960, el porcentaje de ancianos respecto al total de habitantes era de un 5.5%. Al año 1991 el porcentaje ascendía a casi 9%. En cuanto a la proyección de la expectativa de vida, se estima que progresivamente irá en aumento. Según un estudio del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC), se prevé que en el año 2020 los hombres llegarán a alcanzar la edad promedio de 73 años, mientras que las mujeres promediarán los 80. La proyección al año 2050 arroja por resultado que los hombres rondarán los 77 años, mientras que las mujeres podrán llegar a los 84. Estos datos revelan claramente que los ancianos designan una franja generacional extensa, con necesidades y protagonismo propios. Al respecto, véase Dabove, 2008, pp. 39-54.

² Una de las pérdidas que los ancianos deben afrontar se vincula con el cese de sus actividades laborales lucrativas. No solamente las personas hoy están obligadas a jubilarse, sino que un gran porcentaje percibe un beneficio previsional que no llega a cubrir sus requerimientos básicos.

Estas culturas interactúan unas con otras, se “arrastran” de un grupo a otro, dialogan y compiten, sedimentan y estratifican, en un universo heterogéneo de significaciones (Dabove, 2008).

Así pues, el envejecimiento global y el multigeneracionismo se constituyen como fenómenos paradójales y complejos. Nacen con los cambios demográficos de la segunda mitad del siglo XX. Se alimentan del aumento de la esperanza de vida, que permite la convivencia simultánea de varias generaciones. Pero también se consolidan —como dice Norberto Bobbio (1991)— con el devenir del “tiempo de los derechos” y la creciente conciencia del pluralismo jurídico. En suma, ambos son fenómenos sociales: multitemporales, plurieconómicos y multiculturales, ambivalentes.

Desde el punto de vista de las exigencias distributivas, la vejez reclama para sí criterios de justicia específicos que permitan demarcar, reconocer y desarrollar el sentido de pertenencia social en esta última etapa de la vida. Requiere tanto el despliegue de una *justicia distributiva*, como una *justicia intergeneracional* y la *equidad* en mayor medida que la justicia conmutativa o correctiva (Aristóteles, 1996; Prieto Sanchís, 1994). Como sabemos, según Aristóteles, la justicia distributiva exige adjudicar *cosas iguales a los iguales, pero desiguales a los que también lo son —y en esa misma medida—*. La vejez es, sin duda, una condición vital especial de la persona, que la coloca en una posición jurídica merecedora de consideración y trato diferenciados. Por esta razón, urge calificar jurídicamente a la vejez como razón suficiente para su “discriminación positiva” (Dabove, 2002). La justicia intergeneracional, por su parte, impone la necesidad de considerar la vejez parte constitutiva de la condición humana en su conjunto, y a la solidaridad social como base de las relaciones entre las distintas etapas de la vida (Daniels, 1988; Dabove, 2002). En cuanto a la equidad, reclama su presencia frente a situaciones límite, extremas o extraordinarias que suelen atravesar las personas en su vejez, particularmente en materia económica, sanitaria y social (Dabove y Di Tullio, 2009). Ello hace, pues, que los tribunales de justicia muchas veces deban

construir sus decisiones poniendo especial atención en los particularismos del caso. En la jurisprudencia argentina, por ejemplo, abundan los ejemplos de este tipo de decisiones respecto de cuestiones de alimentos, visita de abuelos y nietos; en el ámbito de la previsión, en relación con la capacidad, o bien respecto de asuntos vinculados a las residencias de larga estadía (Dabove, 2002; 2008; Dabove y Di Tullio, 2009)

Por otra parte, el envejecimiento global y las sociedades multigeneracionales establecen con toda claridad la necesidad de contar con instrumentos jurídicos humanistas y eficaces para encauzar la problemática distributiva que le plantean a la política y al derecho. En especial, requieren estabilidad normativa para la vigencia y aplicación de los principios y reglas que componen el sistema, estabilidad que sólo se logra con el despliegue de una legislación completa y consistente para el campo de los derechos de las personas de edad. Una área en la cual se observan con claridad los efectos negativos de esta carencia normativa es la problemática de las vías de acceso a la justicia para este sector vulnerable de la población. En este sentido, un lugar destacado lo ocupa la preocupación por concretar reformas jurisdiccionales sustentables en esta materia que aseguren el ejercicio del derecho fundamental a la debida defensa en juicio para los ancianos. Pero, además, estos fenómenos parecen imponer el desarrollo de métodos alternativos de solución de conflictos que completen de una manera más dinámica los recursos administrativos y procesales de la actual jurisdicción.

Sin duda, el derecho positivo actual no resulta ajeno a estos fenómenos. Sus efectos impactan en muchas de sus instituciones, sobre todo en aquellas vinculadas a los derechos económicos sociales y culturales, a la seguridad social y al derecho administrativo y civil. En efecto, el envejecimiento global y el multigeneracionismo ponen en crisis el derecho previsional, el derecho de alimentos y el de vista. Afecta la capacidad, la tutela, la curatela y la adopción. Tiene repercusiones en el matrimonio, el concu-

binato y la unión civil, en la separación y en el divorcio vincular. Pero también altera el ejercicio del derecho a la vida, a la salud y a la integridad física y moral de cada sujeto y de cada generación, en la cual se desencadenan situaciones claras de violencia familiar. Como los ancianos suelen estar muy débilmente posicionados en este entramado social, son ellos quienes soportan el mayor peso de las consecuencias jurídicas negativas de estos fenómenos (Dabove, Prunotto Laborde, 2006).

Ahora bien, a pesar de este crítico escenario jurídico, desde el punto de vista de las respuestas institucionales es posible identificar algunos avances en favor de un reconocimiento pleno de la ciudadanía y de la posición jurídica de las personas en su vejez. Algunos de estos logros se vinculan a la expansión de la comunidad internacional y a la instauración del Estado constitucional de derecho como nuevo paradigma de organización político-jurídica democrática. Están conectados con la evolución de los derechos humanos, en virtud de su proceso de especificación internacional y su incorporación a las constituciones del mundo. Y también cabe destacar el desarrollo en la actualidad de las políticas públicas gerontológicas de visibilidad e impacto social cierto, entre otras razones, debido a la adhesión concreta de los poderes ejecutivos al nuevo modelo neoconstitucional de los Estados, entre los cuales se incluyen los países latinoamericanos. Así pues, todo ello, entiendo, nos permite decir que hoy, más que en otras épocas de la historia, están dadas las condiciones para construir con éxito un nuevo concepto de ciudadanía para la vejez: el de la ciudadanía iusfundamental.

CIUDADANÍA IUSFUNDAMENTAL EN LA VEJEZ: PRESUPUESTOS

En la filosofía jurídica y política, el Estado constitucional de derecho se conceptualiza como un nuevo modelo de organización política y jurídica que, en cuanto tal, tiene incidencia directa sobre la idea de ciudadanía. Guastini caracteriza este modelo con siete

propiedades: 1. La existencia de una Constitución que incorpora explícitamente los derechos fundamentales; 2. La garantía jurisdiccional de la Constitución; 3. La fuerza vinculante de la Constitución; 4. Su “sobreinterpretación” (se interpreta extensivamente y de ella se deducen principios implícitos); 5. La interpretación adecuada de las leyes; 6. La aplicación directa de las normas constitucionales, también para regular las relaciones entre particulares, y 7. La influencia de la Constitución sobre las relaciones políticas, que incluye el control constitucional sobre la discrecionalidad política del legislador (Guastini, 2001; Alexy, 2001; 2005; Carbonell, 2007).

Por otra parte, cabe observar también que los derechos fundamentales incorporan a la Constitución *medios de fortalecimiento* para los sujetos frágilmente situados en el sistema (Goldschmidt, 1986). De este modo, por medio de ellos, por una parte, se han positivado instituciones, principios y reglas que amplían la autonomía personal y debilitan la intervención estatal, gracias a la división y descentralización de su poder. Por otra parte, se ofrecen derechos y garantías que protegen al individuo frente a variadas contingencias (enfermedad, niñez, vejez, discapacidad, desempleo, pobreza, ignorancia, etcétera). Así, la vigencia de los derechos económicos y sociales y culturales, y de los derechos fundamentales vinculados a la paz y al desarrollo, las nuevas fronteras del mundo jurídico vinculadas al bioderecho y al derecho ambiental, el derecho de la niñez, de la discapacidad, el derecho de la educación y de la ciencia, o el derecho del arte y, por supuesto, el derecho de la vejez, todas ellas, pues, dan cuenta de esta nueva realidad jurídica que condiciona, en nuestro caso, la posición política y jurídica de las personas de edad. A partir de este nuevo paradigma, pues, la construcción jurídica de un modelo de ciudadanía iusfundamental en la vejez exige satisfacer varias condiciones. Algunas son conceptuales, otras, empíricas, y hay también otras más que son valorativas.

Desde el punto de vista conceptual, la ciudadanía iusfundamental supone la demarcación de la vejez en cuanto fenómeno

complejo psico-biológico, histórico y cultural (Dabove, 2002). Supone su calificación lingüística en términos claros y correspondientes con la realidad de la vejez: compleja, polisémica, rica. En nada puede considerarse bipolar, de modo que nos lleve a pensar en ella o bien para sacralizarla mediante la asociación a la idea de “sabiduría; o bien para negarla, bajo la máscara de la fealdad o la inutilidad. La demarcación iusfundamental de la ancianidad impone la necesidad de evitar el uso de eufemismos que maquillan y/o esconden la especificidad de esta etapa de la vida. En ese sentido, a mi juicio resultan sospechosos de discriminación negativa el empleo de expresiones como “tercera o cuarta edad”, “años dorados”, “mayores”, entre muchas otras. Si, como dice Austin (1955), *hacemos cosas con palabras*, urge, entonces, hacer una revisión de la terminología habitualmente empleada para referirnos a esta etapa vital. Su falta sólo engendra indiferencia social y su invisibilización. De modo tal que a partir de su demarcación será posible comprender la vejez de acuerdo con el modelo de ciudadanía humanista que requiere el Estado constitucional actual.

Por otra parte, la construcción de esta ciudadanía iusfundamental en el plano empírico reclama, además, un reconocimiento jurídico integral explícito de esta última etapa de la vida. Este reconocimiento debe ser no sólo formal, sino también material; es decir, no basta con elaborar legislación específica en este campo. Se requiere, además, el desarrollo de una nueva conciencia social que valore la vejez en todas sus posibilidades de proyección vital. En suma, la ciudadanía iusfundamental exige un reconocimiento eficaz del “empoderamiento” de las personas de edad. Tal empoderamiento implica el respeto real a la autonomía y capacidad de los ancianos, como principio y fin de esta ciudadanía. La carencia de respuestas para esta problemática no hace otra cosa que acrecentar todo tipo de fenómenos de discriminación negativa y prejuicios contra la vejez que empobrecen, incluso, la vida de la sociedad en su conjunto (Iacub, 2010; Arias *et al.*, 2009).

La ciudadanía iusfundamental para la vejez exige, asimismo, la generación de herramientas y caminos democráticos y jurídicos para hacer sustentable el sentido de pertenencia de las personas de edad en sus familias, en sus comunidades, en su cultura. La pertenencia, como señala Walzer (1993), es un elemento central para el logro eficaz de la inclusión y la participación social de las personas en su vejez. La pertenencia permite asumirse como parte, como parcela de una comunidad; potencia y posibilita la construcción de vínculos y redes que contribuyen a mejorar la calidad de vida de todos los relacionados entre sí; da significación cultural a la dimensión biológica y demográfica de la vejez y habilita la configuración de una subjetividad o identidad sana y proclive al reconocimiento de las relaciones sociales con sentido de justicia (Dabove, 2002).

En suma, demarcando el territorio simbólico de la vejez, reconociendo su capital social e incentivando su sentido de pertenencia al grupo, será posible instalar las bases para el nuevo modelo de ciudadanía que el neoconstitucionalismo y los derechos humanos reclaman como base de una política y un derecho que consideren al ser humano un fin en sí.

DERECHO DE LA VEJEZ: MEDIO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA CIUDADANÍA IUSFUNDAMENTAL EN LA ANCIANIDAD

El Estado constitucional de derecho actual, la vigencia universalizada de los derechos humanos, la economía posmoderna, el propio envejecimiento global, las sociedades y los nuevos tipos de familias, devenidos ahora multigeneracionales, todo ello impone la necesidad de construir un modelo de ciudadanía superador del que impuso el paradigma liberal o asistencial y que aún parece estar vigente. A mi entender, este modelo debería priorizar el carácter iusfundamental de la problemática de la responsabilidad jurídica en la vejez. Tendría que abogar por la consolidación de una nueva rama jurídica que atienda de manera

integral los conflictos que surgen del envejecimiento poblacional, con base constitucional. Y también debería trabajar a favor del desarrollo sostenible de políticas educativas, económicas y culturales de inclusión de los mayores.

El segundo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, generado en Madrid, en 2002, creo, atiende estos desafíos. Ahí se retoman algunas cuestiones señaladas por el Plan de Viena, pero también se introducen nuevas perspectivas, acordes con el modelo iusfundamental. Vuelve a resaltar, por ejemplo, la necesidad de desarrollar políticas sociales y jurídicas que asuman de manera plena las cuestiones provenientes de los cambios demográficos. Destaca, también, la importancia de la implementación de políticas sobre el envejecimiento que incluyan el hecho de la mayor duración de la vida con un punto de vista que abarque toda la sociedad. Pero se atreve a dar un paso más: entre sus objetivos y recomendaciones, este documento plantea la exigencia expresa de trabajar política y jurídicamente para lograr:

- a)* La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad.
- b)* El envejecimiento en condiciones de seguridad, lo que entraña reafirmar el objetivo de la eliminación de la pobreza en la vejez sobre la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.
- c)* La habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluso mediante trabajo remunerado o voluntario.
- d)* Las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada; por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, al tiempo que se reconoce que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo.

- e) La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.
- f) El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo.
- g) El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones.
- h) La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación.
- i) La promoción de una asociación entre el gobierno, en todos sus niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad en el proceso de transformar el Plan de Acción en medidas prácticas.
- j) La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo.
- k) El reconocimiento de la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar los medios para que tengan una voz eficaz en las decisiones que las afectan directamente.

En Argentina, el modelo iusfundamental de ciudadanía en la vejez cuenta con destacadas herramientas constitucionales generales, y lo mismo sucede con la mayoría de los países americanos y europeos, como México, Costa Rica, Brasil, Chile, Colombia, Uruguay, Paraguay, España, Inglaterra, Francia, Italia, los Países Bajos y los países escandinavos (Dabove, 2002). Así, en el plano

normativo, cabe recordar la vigencia del “bloque de constitucionalidad” de los textos internacionales de derechos humanos mencionados en el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional;³ el reconocimiento expreso de la posibilidad de implementar leyes nacionales que contengan medidas de acción afirmativa respecto de la ancianidad, del artículo 75 inciso 23. También es menester mencionar la existencia constitucional de tres tipos de derechos humanos perfectamente aplicables en la vejez: los *derechos de autonomía*, referidos básicamente a la vida y a la salud, a las libertades, a la igualdad y a la propiedad; los *derechos de participación*, que se refieren básicamente al trabajo, a la asociación, a la recreación, al ocio y uso del tiempo libre; los *derechos de prestación o crédito*, vinculados con la seguridad social, es decir, el derecho a pensión, jubilación, desarrollo y educación (Dabove y otros, 2006; Prieto Sanchís, 1990).

En el plano fáctico del derecho de la vejez argentino, este modelo iusfundamental cuenta con la participación de importantes actores públicos y privados: la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Dinapam), que funciona en el marco de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; las Direcciones Provinciales de la Tercera Edad; los Organismos Municipales

³ “La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la Primera Parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos”.

de Promoción Social y Comunitaria; los Foros para la Tercera Edad de los Concejos Deliberantes; las Defensorías del Pueblo; el Ministerio Público; las Defensorías Barriales, el Poder Judicial en general; las Obras Sociales; las escuelas y universidades; el Consejo Federal del Adulto Mayor. Todos ellos, poco a poco, trabajan en favor del desarrollo de este concepto iusfundamental de ciudadanía en la vejez, aunque también es cierto que aún falta maximizar y difundir estos esfuerzos (Dabove, 2008).

Los valores plasmados en la Constitución argentina a través de los derechos fundamentales que consagra nos instan a actuar a favor de este modelo, como sucede en todo régimen jurídico que ha adoptado el modelo del Estado constitucional de derechos (es decir, aquel que hace explícito en el derecho nacional el reconocimiento de los derechos humanos reconocidos también en el plano internacional). Los valores constitucionales plantean, así, la necesidad de movilizar el derecho en pos de una sociedad, una familia y un Estado que garanticen a cada anciano una esfera de libertad tan amplia —compatible con la de los demás— que le permita desarrollar sus planes de vida y su personalidad senescente. La justicia actual requiere, en suma, el sostenimiento de una sociedad plural, de una familia incluyente y de un Estado humanista, respetuosos de la unicidad de cada viejo, de la igualdad de la condición humana y de la vida comunitaria. Así, realidad social, normas y valores podrán articularse en pos del modelo iusfundamental de responsabilidad jurídica familiar que el multigeneracionismo actual reclama.

En síntesis, el modelo de ciudadanía iusfundamental en la vejez tiene que abordar aún múltiples cuestiones en nuestro derecho. Así, en el marco de los *derechos de autonomía*, por ejemplo, es menester tratar la cuestión de la capacidad de la persona anciana y la autonomía de su voluntad, el derecho a la vida —y a ser viejo—, a la salud y a la asistencia sanitaria, el consentimiento informado en la relación médico-paciente anciano, los derechos de los pacientes de edad avanzada, la problemática específica del deterioro cognitivo y el régimen jurídico aplicable a la falta de salud

mental. Se debe profundizar en el campo de protección del derecho a la integridad física y moral, la lucha contra la violencia y la discriminación negativa (el edadismo), con especial referencia al enfoque de género y a la problemática de las personas mayores que pertenecen a minorías raciales, sexuales o culturales. Es necesario también estudiar los problemas jurídicos que surgen de la libertad y de la comunicación de las personas mayores en la relación con las demás generaciones, el papel de los medios de comunicación. Respecto de la libertad, un lugar especial debe ocuparlo el trabajo a favor del reconocimiento pleno de los derechos de libertad de circulación, de expresión y de libertad religiosa. En relación con los derechos referidos a la comunicación, es menester fortalecer el respeto del derecho a la debida defensa en juicio, el derecho a presentar peticiones ante las autoridades, la inviolabilidad de la correspondencia y de las comunicaciones, como base para garantizar el acceso a la justicia de las personas de edad. Urge analizar aún más la cuestión de la propiedad en la ancianidad: el derecho a la vivienda, el derecho de habitación viudal; la temática de las residencias gerontológicas y los geriátricos; la renta vitalicia, el usufructo, el bien de familia, o la indivisión forzosa. Mas todo ello debe hacerse con la mirada puesta en la comprensión de la posición vital por la que atraviesa una persona en su vejez. También es importante abordar la temática del consumo y del acceso al crédito y los derechos sucesorios desde esta misma perspectiva.

Respecto de los *derechos de participación*, es oportuno trabajar al menos sobre las siguientes temáticas: la problemática de la discapacidad y las barreras en la vejez; los derechos y las obligaciones de los ancianos discapacitados y de las instituciones; las cuestiones referidas a la familia, como el derecho de las personas mayores al matrimonio; el matrimonio *mortis causa*; el derecho de alimentos, de contacto y visita; la adopción y la tutela en relación con las personas de edad; también es importante considerar lo referido al derecho de asociación, en especial vinculado al papel

de los clubes y centros de jubilados en el desarrollo jurídico de las personas mayores; el derecho a la ocupación y al trabajo y los límites de estos derechos que los sistemas jurídicos suelen imponer en relación con la vejez. En este marco es importante estudiar, además, los conflictos jurídicos que se desencadenan en relación con el derecho a la recreación, el ocio, el esparcimiento y el derecho al turismo, en cuyo marco las personas de edad avanzada ocupan el lugar de sujetos jurídicos débiles en cuanto consumidores de propuestas que suelen contener cláusulas leoninas en el régimen contractual aplicable al caso.

En el marco de los *derechos de prestación* se impone la exigencia de comprender todo aquello referente a la seguridad social en la ancianidad; los sistemas previsionales (que hoy están en crisis en el mundo occidental) o el régimen jurídico de los seguros que puede resultar beneficioso en la vejez. En este contexto es menester considerar los modelos de vinculación que cada Estado establece entre las medidas de acción afirmativa (o discriminación inversa) que se adopten en relación con la pobreza, la soledad y la asistencia de las personas mayores y el lugar de sujetos de derechos que de ellas se deriven para sus beneficiarios. En este espacio se requiere analizar los nuevos modelos derivados de las redes de contención social, el régimen jurídico aplicable a los asistentes gerontológicos y/o cuidadores de ancianos, el papel del voluntariado y de las ONG en la defensa de los derechos de las personas mayores, tanto como determinar los beneficios o perjuicios que de ellos se originen para el colectivo de ancianos en relación con los demás integrantes de la comunidad a la que pertenezcan.

Por último, urge completar este rico panorama con la inclusión del estudio integral de los sistemas de protección y garantías vigentes (es decir, los recursos administrativos y procesales habilitados por el sistema jurídico para la defensa de los derechos), a fin de asegurar un acceso cierto y eficaz a la justicia y a la debida defensa en juicio. En este campo, será importante reconocer

las fortalezas y debilidades de la labor de las instituciones del sistema de protección. En Argentina, lugares destacados en esta materia los ocupan el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), la Dirección Provincial de la Caja de Pensiones Sociales (ley 5110); las Obras Sociales; la Defensoría del Pueblo (Nacional, Provincial, Municipal); el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; la Dirección Provincial de la Tercera Edad; las secretarías de Promoción Social de las Municipalidades y los Organismos de Defensa del Consumidor. Pero, además, cabe desarrollar el estudio de las ventajas y desventajas, fortalezas o debilidades, que ofrecen los métodos alternativos de solución de conflictos en los cuales participe cualquier persona de edad o estén referidos a sus temáticas (Dabove, 2008). Así, pues, como nueva especialidad del mundo jurídico, esperamos que el derecho de la vejez contribuya al despliegue de estos desafíos con una mirada integral y humanista.

CONCLUSIONES QUE PRETENDEN ABRIR CAMINOS

En la actual era de la globalización-marginación, las políticas sociales gerontológicas son necesarias pero no suficientes para lograr la inclusión, la participación y la pertenencia de las personas de edad en sus comunidades y en la cultura posmoderna. Sólo contribuyen a su promoción pero no aseguran completamente su posición de ciudadanos al no proteger ni asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas de edad, en igualdad de condiciones con todas las demás, a través de los mecanismos institucionales y democráticos habilitados a tal fin.

Para lograrlo hace falta la implementación jurídica de un modelo iusfundamental de ciudadanía: aquel que se deriva del reconocimiento formal y material de los derechos humanos en la vejez, tanto en el plano internacional y regional como en el del derecho nacional. Es decir, hace falta la expansión y el de-

sarrollo de un *derecho de la vejez*, referido a los derechos humanos de autonomía, participación y prestación de las personas de edad y a la articulación de éstos con el de las generaciones coexistentes.

En este trabajo se plantean las razones que llevan a sostener estas afirmaciones, y se delimitan los caminos jurídicos viables en este tiempo para la construcción de esta ciudadanía *insfundamental* a través del paradigma neoconstitucional que procede del reconocimiento formal de los derechos humanos en el marco del actual derecho estatal, comunitario e internacional. Sólo con esta mirada será posible articular de manera eficaz las respuestas institucionales que provienen del plano de las políticas sociales con las que pueden concretarse desde el mundo jurídico.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXY, R. (2001). *Teoría de los derechos fundamentales*. Traducido por Ernesto Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- ALEXY, R. (2005). *La institucionalización de la justicia*. Traducido por José A. Seoane, Eduardo R. Sodero y Pablo Rodríguez. Granada: Comares.
- ARIAS, C.J., M.C. POSADA y C.E. CASTAÑEIRAS (2009). “¿Las fortalezas personales se incrementan en la vejez? Reflexiones acerca del capital psíquico”. En *Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento*, compilado por R. Iacub, 31-39. Buenos Aires: Eudeba.
- ARISTÓTELES (1996). *Ética nicomáquea*, 15a. ed. Traducido por Antonio Gómez Robledo. México: Porrúa, libro V.
- ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2002). Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid, 12 de abril, disponible en línea en <<http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/Plandeaccion2002.pdf>>. Consultado el 6 de marzo de 2006.

- AUSTIN, J.L. (1955). *Cómo hacer cosas con palabras*. Edición electrónica de www.philosophia.cl/Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. Disponible en <http://www.seminariodefiliosofiadelderecho.com/BIBLIOTECA/A/austin_comohacercosas-conpalabras.pdf>. Consultado en octubre de 2010.
- BENJAMIN, W. (2008). *Sobre el concepto de historia*. Compilado por R. Tiedemann y H. Schweppenhäuser (editores), traducido por A. Brotons Muñoz. Madrid: Abada Editores, libro I, vol. 2, pp. 305-306.
- BOBBIO, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Traducido por Rafael de Asís Roig. Madrid: Sistema.
- CARBONELL, M., compilador (2007). *Teoría del neoconstitucionalismo. Ensayos escogidos*. Madrid: Trotta.
- CIURO CALDANI, M.Á. (2000). *La conjetura del funcionamiento de las normas jurídicas. Metodología Jurídica*. Rosario: Fundación para las Investigaciones Jurídicas.
- DABOVE, M.I. (2002). *Los derechos de los ancianos*, 2a. ed. Buenos Aires: Ciudad Argentina.
- DABOVE, M.I. (2008). “Derecho y multigeneracionismo, o los nuevos desafíos de la responsabilidad jurídica familiar en la vejez”. *Revista de Derecho de Familia* 40, julio/agosto: 39-54.
- DABOVE, M.I., y R. DI TULLIO BUDASSI (2009). “Bases y puntos de partida para la vida como meta”. Libro de ponencias del X Congreso Nacional de Sociología Jurídica, Legalidad y Legitimidad: Confrontaciones Sociales en torno al Derecho, Córdoba, 12 al 14 de noviembre.
- DABOVE, M.I., y A. PRUNOTTO LABORDE (compilados) (2006). *Derecho de la ancianidad. Perspectiva interdisciplinaria*. Rosario: Editorial Librería Juris.
- DANIELS, N. (1988). *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice between the Young and the Old*. Nueva York: Oxford University Press.
- GOLDSCHMIDT, W. (1986). *Introducción filosófica al derecho*, 6a. ed. Buenos Aires: Depalma.
- GUASTINI, R. (2001). *Estudios de teoría constitucional*. México: Fontamara.

- IACUB, R. (2010). “El empoderamiento: hacia la reconstrucción individual y colectiva de la identidad de los mayores”. Material de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, inédito.
- OXFORD INSTITUTE OF AGEING, *Ageing Horizons Review* (2010). *Ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula. Ageing Horizons Review* 9. Ed. George W. Lesson. Disponible en línea en <<http://www.ageing.ox.ac.uk/files/Ageing%20Horizons%20Issue%209%20Latin%20America,%20Caribbean%20and%20Iberian%20Peninsula.pdf>>.
- PRIETO SANCHÍS, L. (1990). *Estudios sobre derechos fundamentales*. Madrid: Debate.
- PRIETO SANCHÍS, L. (1994). “Minorías, respeto a la disidencia e igualdad sustancial”. *Doxa* 15-16, pp. 367 y ss.
- WALZER, M. (1993). *Las esferas de las justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*. Traducido por Heriberto Rubio. México: Fondo de Cultura Económica.

ENVEJECIMIENTO EN CHILE. INSTITUCIONALIZACIÓN Y POLÍTICAS PARA LAS PERSONAS MAYORES

Rosa Kornfeld Matte
Francisco González Mendoza
Cristián Massad Torres

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN CHILE

En Chile, la expectativa de vida al nacer supera los 78 años, y en el caso de las mujeres sobrepasa los 80 años.¹ Si a ello se agrega que el país ha mostrado una drástica disminución de sus tasas de natalidad, se observa una acelerada transición demográfica hacia el envejecimiento, situación que irá profundizándose.

Estas dos condicionantes demográficas posicionan a nuestro país en un estadio avanzado de envejecimiento, ubicándolo a la cabeza del continente, y las proyecciones indican que este fenómeno se acentuará en el futuro.

Un resultado fundamental de los avances en el ámbito de la salud es el incremento de la esperanza de vida al nacer y de la expectativa de vida al alcanzar los 60 y los 65 años, ello a causa de la disminución de las tasas de mortalidad: el número potencial de años que pueden esperar vivir las personas se incrementa a medida que se envejece.

Asociado a la introducción de innovaciones técnicas y a cambios en las dinámicas socioculturales, se ha producido un descenso en las tasas brutas de natalidad y fecundidad. El número de hijos por mujer en Chile ha venido decreciendo entre los periodos

¹ Proyecciones, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

aquí estudiados, lo que conlleva impactos sustanciales en la estructura demográfica de la población y su tendencia hacia el envejecimiento, toda vez que bajas tasas de fecundidad y natalidad significan una escasa renovación demográfica.

Las estimaciones prevén que entre los años 2000 y 2025 el crecimiento de la población chilena será del 24.3%, mientras que la población de mayores se incrementará hasta llegar a 145.2%. Para el periodo 2025-2050, esta tendencia se mantendrá, pero con un incremento más discreto de la población de edad avanzada, pues las previsiones apuntan a que la tasa de crecimiento de esta cohorte se cifrará en 48.1%, mientras que la de la población total descenderá significativamente hasta 5.6%.²

Como se presenta en la gráfica siguiente, el incremento porcentual de la población de mayores desde 1970 hasta alrededor del 2025 es muy superior al del resto de la población. Se observa que en el año 1975 se contaban un total de 814 000 personas mayores frente a 1 568 000 el año 2000; de este modo, entre ambos años se observa un incremento del 92.6% (Senama, 2009).

La encuesta de caracterización socioeconómica (Casen) del año 2009 cifró en 15% la proporción de mayores para ese año. Según la misma encuesta, el número de personas mayores llegaba a 2 541 607.³

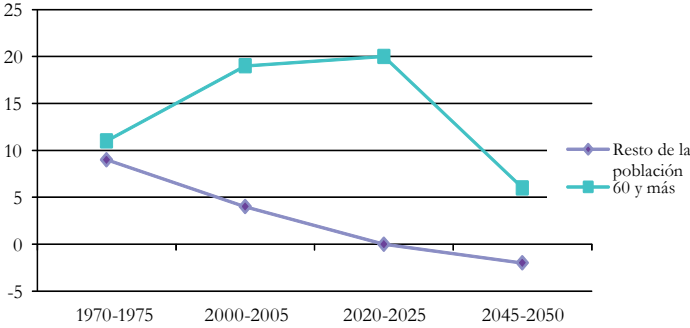
A su vez, es notable la forma en que ha variado la relación demográfica entre estratos etarios y en el interior de cada uno de ellos, tendencia que persistirá.

Las pirámides de población grafican este proceso a través del cambio de la forma triangular de su estructura, que ha dado paso a una tendencia hacia la inversión de la pirámide: adelgazamiento de su base, donde se encuentran los segmentos etarios jóvenes, y engrosamiento de su cúspide, donde se encuentran las cohortes de mayor edad.

² Proyecciones, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

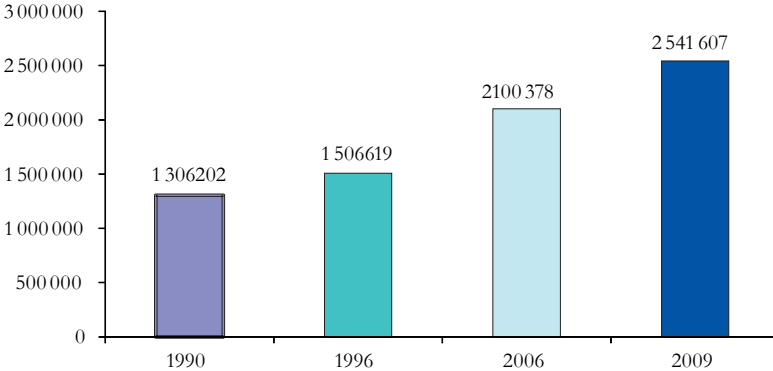
³ Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional 2009 (Casen).

GRÁFICA 1
CRECIMIENTO DE LA PAM EN RELACIÓN CON EL RESTO
DE LA POBLACIÓN



Fuente: *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez* (Senama, 2009).

GRÁFICA 2
CANTIDAD DE PERSONAS MAYORES (ENCUESTAS CASEN)



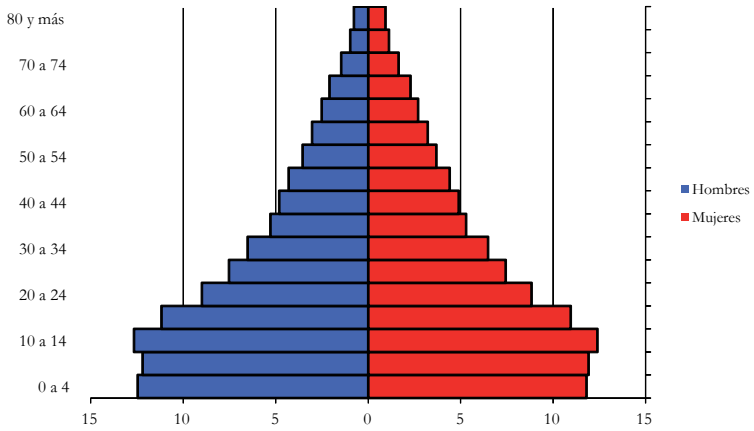
Fuente: *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez* (Senama, 2009).

Para 1975 se apreciaba una reducción paulatina desde la base a la cúspide, característica de una población joven. Para el año 2000, la pirámide se va reduciendo por la base, mientras las cohortes de edades superiores aumentan, exceptuando el intervalo de 20 a 24 años. Las estimaciones sobre los cambios en la estructura demográfica, hacia los años el 2025 y 2050, apuntan a

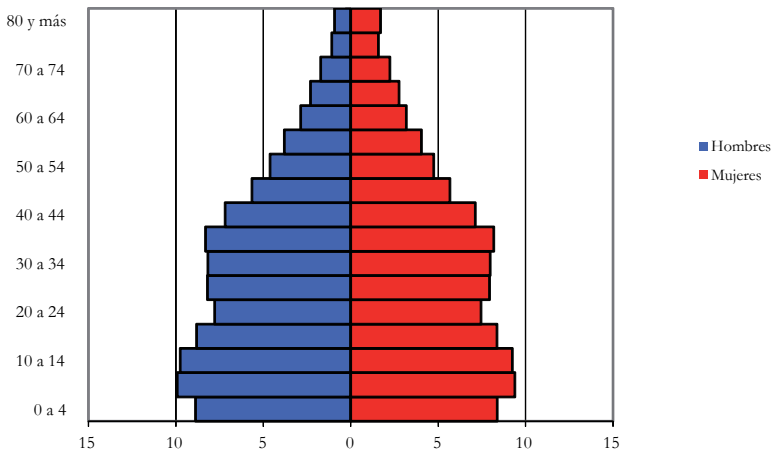
GRÁFICA 3

COMPARACIÓN DE PIRÁMIDES POBLACIONALES 1975, 2000, 2025 Y 2050

a) Pirámide de población, año 1975 (porcentajes)

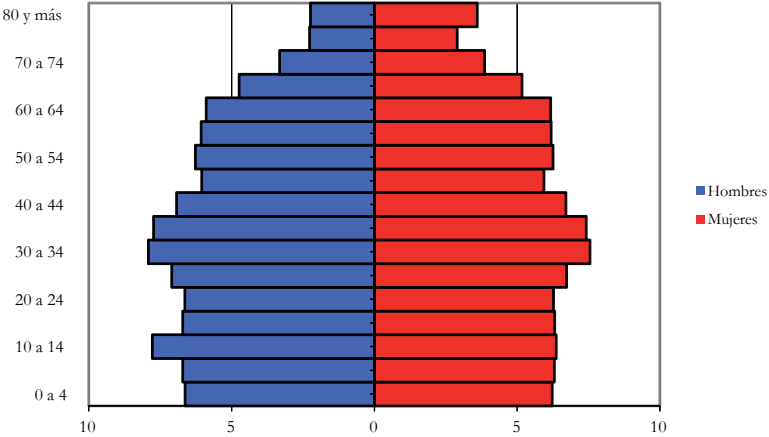


b) Pirámide de población, año 2000 (porcentajes)

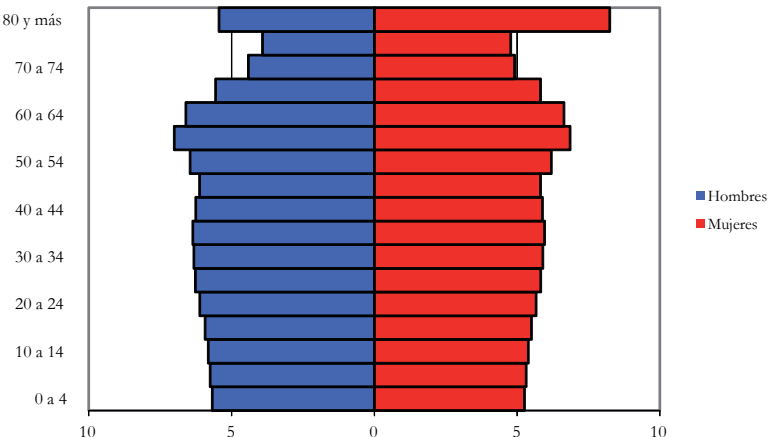


GRÁFICA 3 (Continuación)

c) Pirámide de población, año 2025 (porcentajes)



d) Pirámide de población, año 2050 (porcentajes)



Fuente: *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez* (Senama, 2009).

pirámides con fisonomía cuadriforme, que muestran el creciente volumen y peso relativo de las personas de 60 años y más. En las pirámides de población puede observarse también la diferencia de las poblaciones de hombres y mujeres en los tramos de mayor edad.⁴

ENVEJECIMIENTO DE LA VEJEZ EN CHILE

Uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para las sociedades que experimentan la transición demográfica hacia el envejecimiento es el envejecimiento de la vejez, es decir, el incremento, entre las personas mayores, del número de personas de edad más avanzada (mayores de 79 años).

Como puede observarse en la gráfica 4, la población de mayores en todos los subrangos etarios experimenta un incremento notable en el periodo contemplado; pero más llamativo aún es el incremento que experimenta la población de 80 años y más, superando, en el año 2025, al estrato de 70-74 años, y en el 2050 a los de menor edad entre los mayores (60 a 64 años).⁵

Un indicador útil para observar el fenómeno del envejecimiento de la vejez es la proporción de las personas de 80 años y más en la población total de personas mayores: entre 2008 y 2050, ésta aumentará desde un 15% hasta un 25%.

CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

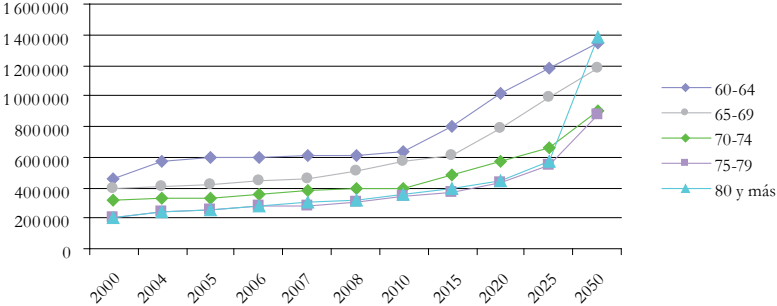
Pobreza en las personas mayores

Que las personas mayores superen la pobreza constituye uno de los principales desafíos que debe enfrentar la política pública. En el caso de las personas mayores, se debe considerar que las ne-

⁴ Proyecciones, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

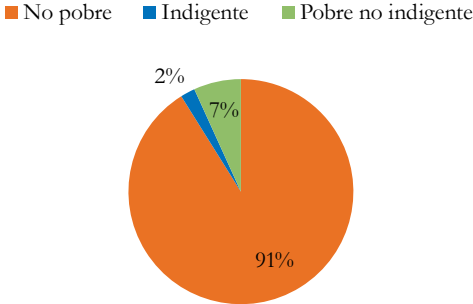
⁵ Proyecciones, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

GRÁFICA 4
PERSONAS MAYORES POR GRUPOS DE EDAD. ESTIMACIONES
Y PROYECCIONES, 2000-2050



Fuente: *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez* (Senama, 2009).

GRÁFICA 5
PERSONAS MAYORES SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Casen, 2009.

cesidades y los gastos en que deben incurrir son distintos de los de otros tramos de edad. En tal sentido, es necesario aclarar que ciertas características de la población de personas mayores reducen la validez de la comparación entre los índices de pobreza de este grupo etario con los del resto de la población. Sus necesidades y sus gastos se encuentran asociados a los productos farmacéuticos, la alimentación y el pago de servicios, entre otros, que reducen el nivel de vida de las personas mayores. Por ello, al

ubicar a la población de 60 años y más en los tramos de pobreza (indigente y no indigente), es importante considerar que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión (véase la gráfica 5).

Personas mayores organizadas

Desde hace un par de décadas, y con mayor énfasis en los últimos años, la participación ciudadana, social y comunitaria de las personas mayores se está transformando en un nuevo consenso. Gran parte de los organismos internacionales de mayor peso, pactos, planes y políticas gubernamentales está adoptando la participación de las personas mayores como estrategia de acción, e incluso institucionalizándola como política oficial.

De acuerdo con datos del Catastro de Organizaciones 2008 (Senama), se registraron 11 616 organizaciones de mayores (clubes, uniones comunales, asociaciones, etc.). Según el Catastro 2008, estas organizaciones contarían con 369 419 integrantes.⁶

Los datos de la encuesta CASEN, 2009 indican que una de cada cuatro personas mayores participan en alguna organización.⁷

Personas mayores y educación

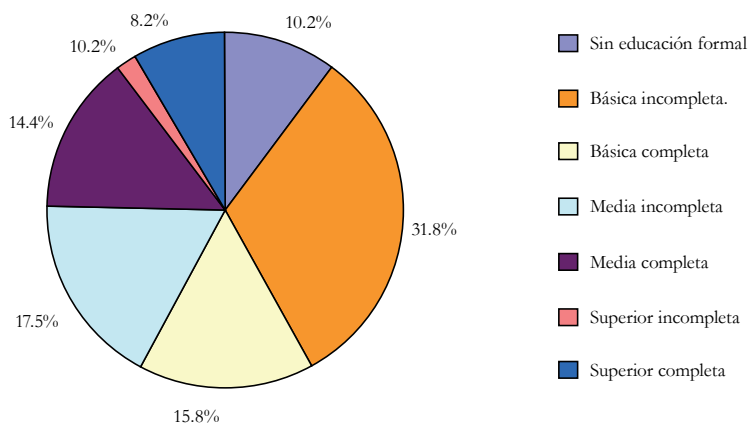
Según diversos estudios con respecto a las personas mayores, así como a la población total, a medida que se incrementa el promedio de años de escolaridad aumentan los ingresos del hogar y la satisfacción personal, y se reduce el riesgo de contraer enfermedades; de esta manera, la educación puede considerarse como un factor protector.

Respecto de los niveles de educación, según la Casen 2009, se aprecia que un tercio de las personas mayores (31.8%) no

⁶ Catastro de Organizaciones 2008 (Senama).

⁷ Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional 2009 (Casen).

GRÁFICA 6
PERSONAS MAYORES SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta CASEN, 2009.

completó la educación básica y que 10.8% no tiene educación formal, asimismo, sólo el 8.2% tiene educación superior (técnica y profesional) completa.⁸

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA TEMÁTICA. SENAMA: INSTITUCIONALIDAD CREADA PARA LAS PERSONAS MAYORES

Misión y objetivos estratégicos

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) tiene como misión “contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, garantizando y promoviendo el conocimiento y ejercicio de sus derechos, y fomentando su plena integración a la sociedad, por medio de la coordinación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas”.

⁸ Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional 2009 (Casen).

La realidad social y demográfica constatada ha tenido un correlato institucional lógico en nuestro país, el que se ha robustecido a lo largo de las últimas dos décadas.

- a)* En 1995 se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor. Comienzan las discusiones en torno a las necesidades y los aspectos que se deben satisfacer.
- b)* En 1996, el Gabinete de Ministros aprueba la política de gobierno para este grupo etario.
- c)* En 1998 se implementa la política de salud para personas mayores.
- d)* En 1999 se envía al congreso el proyecto mediante el cual crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- e)* En 2002 se crea el Senama.
- f)* Comienza la implementación de distintos planes y programas.

PLANES Y PROGRAMAS PARA LAS PERSONAS MAYORES

REFORMA PREVISIONAL

Luego de 27 años de aplicación del sistema de capitalización individual, la gran mayoría de los trabajadores no logrón cotizar con la constancia requerida y el rendimiento de sus aportes no ha sido el suficiente. De continuar con el sistema de capitalizaciones individuales, la mayoría de las personas que integran la fuerza laboral obtendrían pensiones significativamente menores a sus remuneraciones, de muy escaso monto para el logro de una vejez digna, y, por lo tanto, con dificultades para lograr un grado aceptable de seguridad económica. Debe considerarse, por otra parte, que el 90% de los trabajadores independientes no se ha afiliado al sistema, lo que implicaría un elevado número de personas sin pensión.

Los cambios en la estructura de las familias, la alta proporción de hogares con jefatura femenina y la participación inestable de

las mujeres en el mercado de trabajo —debido al rol reproductivo que ellas desempeñan— generan, a su vez, un universo de mujeres que tendrían pensiones demasiado reducidas o que de plano carecerían de ellas.

El 11 de marzo de 2008 fue promulgada la Ley sobre Reforma Previsional (Ley No. 20.255), aprobada por el Congreso Nacional, la que se rige por los siguientes principios:

Derecho universal a la protección social. El sistema previsional entrega a través de esta reforma una certeza y seguridad mínima a todas las personas para tener una vejez libre del temor a no saber con qué ingresos contarán.

Solidaridad. La Reforma Previsional incorpora el principio de solidaridad al sistema, a fin de proteger a todas las trabajadoras y trabajadores de los riesgos derivados de su condición socioeconómica y de la precariedad de su inserción en el mercado del trabajo, estableciendo los mecanismos necesarios para prevenir la pobreza en la vejez y la invalidez, con cargo a recursos provenientes de la sociedad en su conjunto.

Equidad social. El sistema de pensiones reconoce el derecho a que se otorguen los mismos beneficios a trabajadoras y trabajadores que, en igualdad de otras condiciones, han realizado un esfuerzo contributivo equivalente. El sistema reconoce y promueve el esfuerzo contributivo, ofreciendo mayores beneficios a quienes realizan un mayor esfuerzo, sin perjuicio de los mecanismos solidarios.

Equidad de género. La reforma reconoce el valor de todas las personas que aunque no hayan cotizado en el sistema previsional han aportado a Chile con su trabajo remunerado o no remunerado. Reconoce el aporte de las mujeres y las bonifica por cada hijo nacido vivo, además de otras medidas.

Eficiencia. Se incorporan mecanismos para bajar los costos de administración del sistema y hacerlo más eficiente, así como para generar mayor competencia entre los actores de la industria a fin de que se gestionen los fondos previsionales a un costo menor para las y los trabajadores.

Transparencia. La Reforma Previsional establece medidas para que los beneficios del sistema, los requisitos necesarios para obtenerlos y los mecanismos financieros e institucionales en que éstos se apoyen sean plenamente conocidos por las trabajadoras y los trabajadores afiliados, permitiendo proyectar las condiciones que el sistema proporcionará para enfrentar la vejez, la invalidez o la supervivencia y los mecanismos para hacer válidos sus derechos.

Sostenibilidad. La Reforma pone énfasis en la transparencia y la disciplina fiscal, financiando los nuevos beneficios previsionales de manera responsable y sostenible, garantizando su solidez financiera y estabilidad en el tiempo.

Complementariedad. El sistema de pensiones debe ser capaz de cumplir sus objetivos de mitigar los riesgos de pérdida de ingresos asociados a la vejez y la invalidez, complementando otras prestaciones de la seguridad social, programas públicos e iniciativas comunitarias, orientados a cubrir estados de necesidad producidos por ciertas contingencias sociales y elevar la calidad de vida de las personas mayores.

El Estado es el responsable de la integridad del sistema y de su capacidad de cumplir con las garantías que establece la Constitución. Para ello se ha definido una nueva institucionalidad (Instituto de Previsión Social, IPS) que redefine el papel del Estado en el sistema de pensiones, asegurando una gestión eficiente de los nuevos beneficios y la corrección de las omisiones e inconsistencias del anterior modelo institucional.

PLAN DE ACCESO UNIVERSAL CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (AUGE)

El proceso de transformación del perfil de enfermedades como consecuencia del envejecimiento de la población, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo, entre otros factores, se reconoce en la formulación de nuevos objetivos sa-

nitarios nacionales para la década 2000-2010 como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud. Ellos constituyen el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Los objetivos planteados se orientan a:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Corregir las inequidades en salud.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

A fin de resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que cuentan con tratamientos efectivos para su atención, causan mayor cantidad de muertes en el país o generan mayor cantidad de años de vida perdidos, y en el esfuerzo de hacer *exigibles y garantizar los derechos de las personas en materia de salud*, se creó el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), el que por primera vez significa un avance sustantivo en esta línea.

El AUGE incluye en la actualidad 56 patologías, 39 de las cuales cubren a las personas mayores, tanto a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa, seguro público) como a los de las Isapres (seguros privados de salud). La atención a las patologías incorporadas en el AUGE incluye también las terapias farmacológicas. Se espera que en el año 2010, el plan AUGE cuente con 80 patologías de acceso universal.

Los beneficiarios de Fonasa deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo el Consultorio de Atención Primaria la puerta de entrada al Sistema AUGE. Los beneficiarios del sistema privado pueden acceder a través de la red de prestadores establecida por su asegurador.

Programa de Salud del Adulto Mayor

Chile cuenta con una política de salud del adulto mayor orientada a mantener su capacidad funcional, el mejor indicador de bienestar, y a identificar aquellos factores que tienen valor predictivo y son susceptibles de intervenciones costo-efectivas. Los objetivos de la política son:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía física, psíquica e intelectual de los mayores, para mejorar su calidad de vida.
- Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

Para la implementación de la política, el Ministerio de Salud cuenta específicamente con un Programa de Salud del Adulto Mayor. El Programa del Adulto Mayor contempla las siguientes *acciones de prevención*:

- Control anual de salud.
- Controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas, tuberculosis.
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, que entrega dos productos alimenticios (crema años dorados y bebida láctea en forma gratuita) a las personas mayores en condiciones de pobreza o aislamiento afiliadas a Fonasa.
- Vacunación anual antiinfluenza a mayores de 60 años.
- Vacunación anual antineumocócica a mayores de 75.
- Entrega de lentes de presbicia.

A su vez, el Programa contempla las siguientes *acciones de recuperación*:

- Consultas de morbilidad para las personas mayores que lleguen con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u

hospital, las cuales deberán ser atendidas dentro de las 48 horas a partir de que lo solicitan.

- Programa de Atención Ambulatoria de Especialidades, constituido por un conjunto de acciones focalizadas en consultas oftalmológicas y entrega de lentes; atención de otorrinolaringología y entrega de audífonos; atención integral odontológica y transferencia gratuita de sillas de ruedas, bastones, andadores, colchones y cojines antiescaras.
- Guías clínicas para trastornos cognitivos y demencias, depresión, artrosis, artritis reumatoidea, hipoacusia y enfermedades cardiovasculares.
- Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria. En ellas se trabaja en el manejo del dolor osteoarticular, ejercicios de mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad, atención de secuestrados de accidentes vasculares (AVC), atención de enfermos de Parkinson, atención de personas mayores ciegos y/o de baja visión y entrega de ayudas técnicas.

El control de salud anual, o examen de medicina preventiva del adulto mayor, permite medir la funcionalidad, identificar los factores de riesgo y elaborar un plan de atención. Para medir la funcionalidad de las personas mayores se utilizan dos instrumentos:

- Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-Chile)
- Índice de Katz

A las personas mayores que acceden al centro de salud por sus propios medios se les aplica la EFAM. A quienes no pueden acceder por sus propios medios se les aplica índice de Katz. El EFAM es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad, se aplica una vez al año a toda persona de 65 años y más que llega caminando al centro de salud, en el control de salud o examen de medicina preventiva anual. Por otro lado, el índice de Katz se aplica a las personas mayores que no pueden acceder al centro

de salud por sus propios medios: postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, secueledos de accidente vascular encefálico (AVE), amputados y en otras condiciones que signifiquen dependencia evidente. Se trata de instrumentos que permiten medir la funcionalidad en forma integral; vale decir, las funciones cognitivas, afectivas, motoras y cardiovasculares, y las actividades de la vida diaria.

PROGRAMA DE VIVIENDA PARA EL ADULTO MAYOR

Los entornos favorables para las personas mayores han sido definidos como aquellos espacios en infraestructura que proveen recursos funcionales a la calidad de vida. Las viviendas en que residen las personas de edad, para que signifiquen recursos para el bienestar, deben estar adaptadas a la realidad y a las especificidades de esta población. De esta forma, para evaluar las viviendas donde residen las personas mayores como recurso de protección social es necesario conocer en qué magnitud responden a las necesidades de esta población, sobre todo en lo que refiere a su funcionalidad.

En este marco, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), cumpliendo con el mandato legal de implementar la Política Nacional del Adulto Mayor, ha propuesto el desarrollo de infraestructura y servicios sociales como estrategia que, trascendiendo lo sanitario, permite intervenciones para dar respuesta integral a las necesidades biopsicosociales que plantea la atención a la dependencia y la carencia o precariedad de techo.

En este sentido, el Programa de Vivienda para personas mayores, que se ha comenzado a implementar mediante un convenio entre Senama y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu) en una modalidad de complementación de recursos para la administración y la prestación de servicios, pretende generar una serie de programas especiales para las personas mayores vulnerables, privilegiando la inserción sociocomunitaria, la prevención y los cuidados ante situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

La ejecución de este programa consiste en la administración de viviendas para mayores de propiedad de Minvu y entregadas en comodato a Senama. Esto implica asistencia técnica, monitoreo, supervisión y financiamiento de servicios de apoyo a personas mayores que requieren solución habitacional pertenecientes, preferentemente, a los quintiles I y II de vulnerabilidad social.

La asistencia técnica implica la definición de modelos para la provisión de los servicios y estándares arquitectónicos, así como capacitación del personal que entrega los servicios. También implica el monitoreo y supervisión de la administración y la ejecución de los convenios.

Por otra parte, se propone contribuir al financiamiento de los servicios de acuerdo con el nivel de dependencia de los mayores beneficiarios.

Se trabaja con base en dos subcomponentes: *a)* administración de viviendas del *stock* actual de los Servicios de Vivienda y Urbanismo (Serviu), y *b)* administración de viviendas protegidas construidas por Serviu.

Administración de viviendas del stock actual Serviu

En esta línea, los Serviu reparan, acondicionan y traspasan al Senama viviendas desocupadas del *stock* que han sido entregadas en comodato a personas mayores, para su administración a través de convenios con municipios o entidades sin fines de lucro. Para ello, el Senama define los criterios de asignación y entrega la asistencia técnica a las entidades administradoras, a fin de entregar apoyo psicosocial y focalizar la oferta programática local en los residentes, la que incluye acciones específicas en un marco de integración sociocomunitaria.

Para el año 2010 se administran 387 viviendas del *stock* de Minvu, del total de 3 464 que seguirán siendo traspasadas progresivamente.

Administración de viviendas protegidas construidas por Serviu

El Senama administra las viviendas protegidas que el Minvu construye a partir del segundo semestre de 2008. Esta línea contempla el diseño y la construcción de:

- Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para mayores semivalentes y postrados.
- Conjuntos habitacionales de 10 a 20 viviendas tuteladas para mayores autovalentes, con espacios comunes que faciliten la socialización de los residentes mayores, apoyo psicosocial y servicio de conserjería las 24 horas del día.

Para el año 2010 se administran cinco Establecimientos de Larga Estadía y 85 condominios de vivienda tutelada que construye el Minvu a través de los Serviu. Cabe señalar que este subcomponente también contempla acciones en un marco de integración sociocomunitaria de los mayores beneficiados.

PROGRAMA VÍNCULOS

En el año 2006 se tomó la decisión de incorporar de manera regular al Sistema Chile Solidario a las personas de edad y se diseñó el Programa Vínculos, dirigido a brindar apoyo psicosocial a las personas mayores que viven solas a través de una metodología de intervención diseñada especialmente para estos efectos. El programa consiste en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta directa a las necesidades de las personas mayores de hogares unipersonales y generar las condiciones para acceder a la red comunitaria de protección social. La idea es conectar a la población de mayores con los servicios públicos y redes sociales de la comunidad.

De esta manera, el Programa Vínculos tiene como objetivo lograr que las personas mayores que viven solas, en condiciones

de extrema pobreza y vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, tengan acceso preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades y estén integradas a la red comunitaria de protección social. En el año 2008, el Programa Vínculos comienza a operar con hogares bipersonales.

El Programa Vínculos asume la multidimensionalidad de la pobreza de las personas mayores y se centra en la consecución de resultados concretos, expresados en el logro de condiciones mínimas de calidad de vida.

Para el logro de los resultados, se aplica un modelo de gestión intersectorial, en conjunto con el Mideplan. Con esta perspectiva, todos los organismos del Estado son corresponsables del cumplimiento de los resultados propuestos en materia de superación de la extrema pobreza. Asimismo, reconoce como eje fundamental el rol de los municipios y gobiernos provinciales y regionales.

El Programa Vínculos opera en tres niveles: comunal, provincial y nacional. Al Servicio Nacional del Adulto Mayor le compete la asesoría técnica en los tres niveles, siendo fundamental la capacitación e inducción en el nivel provincial, donde opera el gestor del programa, y en el local, donde se encuentra el encargado municipal.

La intervención psicosocial para personas mayores tiene características particulares que la distinguen de otros tipos de apoyo psicosocial, como los que constituyen la intervención sobre las familias y las personas en situación de calle. En este caso, se entiende por apoyo psicosocial el servicio que se especializa en el trato directo con las personas mayores, con la finalidad de ofrecer consejería, orientación y acompañamiento por un periodo de 12 meses, orientado al logro de condiciones mínimas de calidad de vida, tanto a través de la utilización de la red de servicios existentes en el territorio como a través de acciones desplegadas con las propias personas mayores y su entorno vecinal y comunitario.

En concreto, la metodología de intervención apunta a lograr que las personas mayores conozcan los derechos y las prestaciones

a las que aún no han accedido, las obtengan de manera preferente y pertinente a sus necesidades y que, al finalizar la intervención, queden conectadas a la red pública y comunitaria disponible. Esto último significa que aun cuando el Programa Vínculos tiene un tiempo determinado de intervención, las personas mayores seguirán siendo parte del Sistema de Protección Social.

FONDO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

La difusión, el conocimiento y la promoción del ejercicio de los derechos de las personas mayores constituyen un eje central de la política que se propone lograr su integración a la sociedad y su participación activa en la toma de decisiones que los afectan.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM) financia proyectos ideados y postulados por organizaciones de adultos mayores que buscan facilitar su asociatividad y participación, y contribuir a mejorar su calidad de vida, considerando no sólo las carencias que pueden afectarlos, sino también las potencialidades de los mayores como sujetos sociales activos participantes en todos los ámbitos de la vida social.

Los clubes de adultos mayores, que en el año 2003 eran alrededor de 7 500, llegan hoy día a cerca de 12 mil. Los clubes (casi la totalidad de los cuales cuenta con personería jurídica) se agrupan en las Uniones Comunales de Adultos Mayores, que en la actualidad alcanzan las 248. Con un promedio de 30 miembros por club (los hay desde 15 hasta 60 integrantes), las personas de edad activas en estas organizaciones son aproximadamente 370 mil.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor se rediseña anualmente con el objeto de incorporar los aprendizajes de su operación, los acuerdos de evaluación programática que implican sus ámbitos de control de la gestión y los requerimientos de su población objetivo. De esta forma, por medio de su implementación se plantea abordar directamente los problemas vinculados con la exclusión social de los mayores para favorecer e incrementar

la participación social de éstos en sus redes comunitarias y el espacio local.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor, desde el año 2009 y consecutivamente hasta el año 2011, financiará iniciativas ejecutadas por organizaciones de mayores e instituciones que trabajan con mayores. De esta manera, se contemplan tres líneas de acción, y las primeras dos corresponden a iniciativas concursables. Una para organizaciones de mayores que busca satisfacer sus necesidades de identidad y pertenencia, el ejercicio de nuevos roles, fomentar su autonomía y sentido de pertenencia, aportar a la construcción de su identificación con el territorio y motivar su compromiso como actores del desarrollo en todos los ámbitos de la vida social. La segunda busca financiar a instituciones que realizan acciones innovadoras de servicios y apoyo al cuidado domiciliario de mayores. Además, se cuenta con una tercera línea, que financia convenios directos con distintas instituciones públicas y privadas que prestan servicios y apoyo complementario en el marco de la protección social a personas mayores en situación de vulnerabilidad.

CONSEJOS REGIONALES DE MAYORES

Las reflexiones sobre participación social, promoción de los derechos de las personas mayores y generación de condiciones para su cohesión social, en lo concerniente a la ciudadanía activa, propician la instalación de referentes que permiten avanzar hacia políticas públicas más pertinentes a la realidad situacional de las personas mayores (CEPAL, 2003).

Lo anterior tiene relación directa con los esfuerzos que viene desarrollando el gobierno de Chile en la profundización de la democracia, a través del reconocimiento e inclusión de la ciudadanía como actor relevante en el diseño de país al que se aspira.

En este contexto surge la creación de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, como una respuesta concreta a la necesidad de fortalecer la participación social y el ejercicio de la ciuda-

danía activa de las personas mayores que participan en las organizaciones sociales. Los Consejos Regionales de Mayores son un organismo asesor del Servicio Nacional del Adulto Mayor, que tiene como tarea apoyar, incidir y acompañar el proceso de diseño y ejecución de proyectos y programas que se dirijan a las personas mayores y que tiendan a fortalecer la participación social, la protección de sus derechos y el ejercicio de su ciudadanía activa.

Los Consejos Regionales de Mayores se encuentran constituidos por dirigentes mayores representantes de uniones comunales, clubes y asociaciones de personas mayores, elegidos democráticamente por sus pares. Actualmente son 253 consejeros distribuidos en cada una de las regiones del país.

Estos Consejos Asesores Regionales de Mayores son un referente en el interior de cada región en los temas que tienen que ver con impulsar iniciativas y proyectos que beneficien a las personas mayores. Por lo tanto, es tarea fundamental de los organismos públicos y/o privados considerar la opinión pública de este grupo de mayores que representan las bases sociales de las personas mayores en la región.

En síntesis, los Consejos Regionales de Mayores se constituyen en un importante instrumento de control social de la acción estatal. El monitoreo y la evaluación permanente del diseño y la implementación de las políticas públicas que les atañen, así como el levantamiento de nuevas demandas, les entregan a estas instancias de participación una importancia sustancial en el aseguramiento de la transparencia y pertinencia de las políticas y los programas llevados a cabo por el Estado, produciéndose sinergias que se traducen en una respuesta real, más efectiva y eficiente a las necesidades y particularidades de las personas mayores, bajo un enfoque de derechos.

Escuelas de dirigentes

En articulación con los Consejos Regionales de Mayores, y con la finalidad de promover la satisfacción de las necesidades básicas

de las personas mayores, su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo, la protección adecuada de sus necesidades de salud y la generación de entornos físicos, sociales y culturales que les favorezcan, el Servicio Nacional del Adulto Mayor ejecuta el Programa de Formación Continua para Dirigentes Mayores.

El Programa tiene como propósito empoderar a los Consejos Regionales de Mayores y a las redes organizativas regionales, aportándoles herramientas técnicas y de gestión que faciliten la defensa de derechos de los mayores y el control ciudadano de iniciativas dirigidas a este grupo poblacional. Es así como se elabora un sistema de acciones planificadas que busca acrecentar el rol del dirigente social adulto mayor a través de un proceso informativo, formativo y experiencial.

DESEMPEÑO DE NUEVOS ROLES EN LA VEJEZ: LA EXPERIENCIA DE LOS ASESORES SENIOR

El Servicio Nacional del Adulto Mayor ejecuta el Programa Asesores Seniors, que busca contribuir a la integración social de mayores profesionales jubilados —preferentemente docentes— a través de la transmisión de su experiencia sociolaboral, entregando apoyo escolar a niños y niñas de educación básica pertenecientes a familias del Programa Puente. Este programa significa, a su vez, una experiencia de personas de edad que aportan a la protección social, mediante el apoyo intergeneracional, a niños en situación de vulnerabilidad

Los objetivos del programa son proporcionar apoyo escolar domiciliario a los niños seleccionados, contribuir a un mejor desempeño escolar de éstos (conducta, notas y participación en clases), promover la satisfacción con labores de voluntariado entre personas mayores y lograr la participación de la familia en el apoyo escolar.

El Proyecto Asesores Seniors está dirigido a niñas y niños de entre 6 y 13 años de edad, integrantes de familias del Programa

Puente que desean participar de forma voluntaria en el proyecto, con el fin de contar con apoyo escolar.

Las personas mayores voluntarias establecen un plan de intervención con el niño y una estrategia para crear o reforzar hábitos de estudio, así como procesos que se traduzcan en mayor compromiso de la familia con la educación de éstos. Lo anterior se realiza con la asesoría del equipo regional conformado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Fondo Solidario de Inversión Social (Fosis) y la Secretaría Regional Ministerial de Educación.

El proyecto se desarrolla en dos ámbitos: *integración social y educación*, a los que atraviesan transversalmente los ejes de identidad y pertenencia a fin de potenciar su fortalecimiento tanto en los voluntarios como en los niños y las niñas. Por un lado contribuye a la integración social de las personas mayores, promoviendo su participación activa con el fin de mejorar su autoimagen, y por otro rescata la experiencia laboral para fortalecer valores y principios con sus pares y en otras generaciones, contribuyendo al desarrollo individual, el sentido de pertenencia y la integración social. En el ámbito educacional contribuye a la organización del sistema de estudio, incentivando la planificación y disciplina frente a las metas que se propongan para el proceso escolar que viven. La intervención se realiza en una etapa en que las niñas y los niños comienzan a desarrollar técnicas de estudio que les permitirán sentir más confianza y seguridad en las labores escolares.

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

El Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC) es un conjunto de iniciativas del gobierno de Chile destinadas a contar con espacios de atención eficientes en los servicios públicos.

Dentro de este conjunto de acciones se encuentran las Oficinas del SIAC, que son canales de comunicación a través de los

cuales la ciudadanía puede informarse del quehacer de los servicios públicos, garantizando el acceso a la información en materias tales como:

1. Difusión de programas sociales y trámites propios de las reparticiones públicas.
2. Comunicación de las prioridades gubernamentales.
3. La expresión ciudadana a través de reclamaciones, sugerencias, opiniones, expectativas, intereses y felicitaciones.

El SIAC debe facilitar la atención a toda persona que realice gestiones en las entidades públicas, asegurando el ejercicio de sus derechos y colaborando en el cumplimiento de sus deberes.

A través del SIAC, el Senama otorga una atención integral a la ciudadanía en general y a las personas mayores en particular, promoviendo su protección social a través de los siguientes accesos o espacios de atención:

1. Fono Mayor, atención telefónica gratuita a través de los teléfonos 800 400 035 y 25 853 500.
2. Atención presencial, a través de las Oficina de Formación, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del servicio presentes en todas las oficinas de Senama.
3. Correspondencia escrita, incluyendo cartas dirigidas a la dirección nacional del servicio.
4. Buzón Mayor, ubicado en las distintas dependencias del servicio.
5. Correo electrónico, disponible a través de la página *web* www.senama.cl o directamente al correo oirs@senama.cl.

La misión de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) es proporcionar atención integral y personalizada a los(as) usuarios(as), sean personas mayores o no, permitiéndoles con ello:

- Conocer aspectos relativos a la temática de la vejez y el envejecimiento.
- Obtener información sobre servicios, beneficios y oportunidades que ofrece la red para la integración social de la persona mayor.
- Garantizar el derecho que posee todo usuario(a) a informarse, sugerir o reclamar.

Uno de los fundamentos del SIAC es contribuir activamente a la consolidación de un sistema de protección social para las personas mayores. En este sentido, su accionar no sólo se enfoca a disponer de los espacios de atención recién descritos, sino también a desarrollar líneas de acción complementarias; la asistencia y gestión de solicitudes de institucionalización en Establecimientos de Larga Estadía para Mayores (ELEAM), para lo cual se opera a través de un convenio con el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (Conapran); la asesoría legal con abogados del Senama; educación social a través de charlas de desvinculación laboral y envejecimiento positivo; y evaluación y asignación de viviendas para personas mayores en el marco del programa de vivienda protegida para mayores.

TURISMO SOCIAL

Como una política de Estado, los gobiernos han dado curso a una serie de iniciativas de protección social que apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores desde un *enfoque de derechos*. Por lo tanto, han sido concebidas con un carácter integral, que no sólo implica la entrega de prestaciones básicas, sino también la generación de programas que valoran la recreación y el ocio por cuanto contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población, constituyendo un derecho que, para ser ejercido, requiere condiciones que no siempre se dan por razones estructurales.

Bajo diversas formas, el Servicio Nacional del Adulto Mayor ha constatado que uno de los principales intereses de las personas mayores en el ámbito de la recreación es viajar. Sin embargo, las personas mayores en situación de vulnerabilidad cuentan con pocos recursos, que deben destinar a necesidades básicas y, por lo tanto, no pueden absorber el costo financiero asociado a actividades de turismo. Sumado a ello, no cuentan con elementos que permitan negociar condiciones para obtener una oferta de servicios adecuados a sus necesidades y con estándares de calidad pertinentes.

Por otra parte, el Programa Vacaciones Tercera Edad, desarrollado por el Servicio Nacional de Turismo, subsidia el 40% del costo de paquetes turísticos de 5 o 7 días y ha contribuido al financiamiento de 32 000 viajes en el año 2008 y beneficiado, además, a mayores de escasos recursos a través de cupos sociales.

No obstante los logros de la política social en la materia, cabe tener presente que las personas mayores que viajaron a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor pertenecen al segmento de la población que participa activamente en organizaciones sociales. Y quienes viajan a través del Programa Vacaciones Tercera Edad cuentan con la posibilidad de financiar un copago que para una alta proporción de personas mayores resulta difícil de reunir.

De esta forma, se requiere fomentar la participación de los mayores que no desarrollan vida comunitaria, así como mejorar las condiciones para aumentar sus posibilidades de acceso a servicios de turismo.

En ese contexto se enmarca el *turismo social*, en el que predomina la idea de servicio y no de lucro, y necesita ser promovido y administrado por el Estado o por instituciones sin fines de lucro, por medio de acciones destinadas a facilitar el acceso de un mayor número de personas al turismo.

La ejecución del Programa de Turismo Social consiste en transferir recursos a municipios, con el objeto de financiar viajes

de 1 o 2 días para personas mayores en situación de vulnerabilidad, que les permita, visitar lugares de interés turístico a los que habitualmente no tienen acceso, con servicios de buena calidad y acordes a sus requerimientos específicos, cuyos estándares deben ser definidos y controlados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

El municipio, como ejecutor directo, debe asegurar servicios de alimentación, transporte y alojamiento, si éste fuese necesario. Además, debe encargarse de la selección de las personas mayores de su comuna, la logística necesaria para desarrollar el Programa, la elección del lugar, la fecha, el medio de transporte, y debe contar con monitores que estén a cargo de la seguridad y cuidado de los mayores. Durante el año 2009 se contaron 22 mil beneficiarios de este programa.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

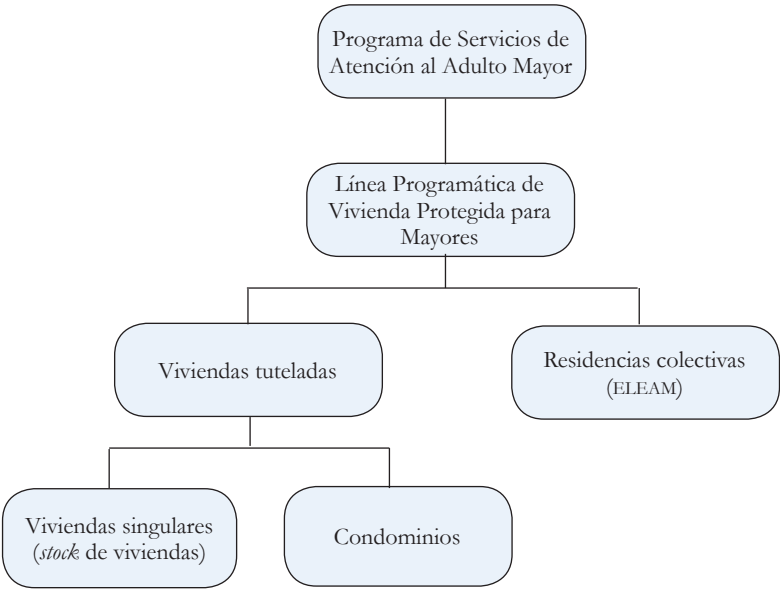
En el marco del trabajo intersectorial desarrollado desde 2007 en torno a consolidar un Sistema de Protección Social, el Senama se propuso avanzar en la modelación y definición de estándares de calidad en la atención de mayores en los ámbitos comunitario, domiciliario y de institucionalización, con el objeto de contribuir a asegurar a las personas mayores en situación de vulnerabilidad la posibilidad de habitar en una vivienda digna, en un entorno amable y con acceso a servicios de acuerdo con su nivel de funcionalidad.

En esa perspectiva, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Senama y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu), suscribieron un convenio de colaboración a partir del cual este último modificó el D.S. 62, de 1984, dando lugar a un nuevo Programa Habitacional para Adultos Mayores.

Mediante esta modificación, el MINVU:

- a) Incorporó nuevas reglamentaciones al Sistema de Postulación, Asignación y Venta de Viviendas a mayores.

DIAGRAMA 1
PROGRAMA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR



- b) Inició el traspaso al Senama de viviendas preexistentes, del antiguo *stock* para entregar en comodato a mayores.
- c) Dispuso recursos del Programa Fondo Solidario de Vivienda para financiar nuevos proyectos de diseño y construcción de viviendas protegidas para mayores diseñadas espacialmente para este segmento de la población, apuntando a satisfacer las necesidades específicas de los beneficiarios.

El convenio establece que el Mínavu construye y/o traspasa las viviendas a Senama para su administración, a través de un plan de administración, mantención y atención usuaria.

Con el objeto de dar cumplimiento a este compromiso, el Senama creó el Programa de Servicios de Atención al Adulto Mayor, en cuyo marco se desarrolla la Línea Programática de Vivienda Protegida para Mayores, dirigido a personas de 60 años

o más pertenecientes a los quintiles I y II de vulnerabilidad social, y opera a través de dos componentes:

1. Servicios Integrales en Residencias de Larga Estadía.
2. Servicios Integrales en Viviendas Tuteladas.

El concepto de “vivienda protegida” se refiere a la articulación por parte del Estado de recursos habitacionales y servicios sociales de apoyo y cuidado para la atención integral, pertinente, oportuna, expedita y eficaz de las personas mayores residentes en ellas.

GENERACIÓN DE CONOCIMIENTOS

La generación de conocimientos relativos a la vejez y el envejecimiento significa un instrumento imprescindible a la hora de idear e implementar programas y políticas para la población mayor. Se requiere información tanto cuantitativa como cualitativa sobre las condiciones de vida de este grupo, a nivel nacional, como territorial y local.

De esta forma, se hace posible contar con una base de información representativa de realidades que son complejas y que varían de un territorio a otro y entre grupos. Esta información permite el diseño de programas y políticas comprensivas, apoyando la toma de decisiones sobre bases sólidas. Ésta es una tarea en la que el Senama se encuentra comprometido, lo que se refleja en el diseño y la ejecución tanto de estudios propios como en la coordinación con otros organismos del Estado.

A continuación se presenta el listado de los estudios ejecutados por el Senama:

1. Actualización de catastro de establecimientos de larga estadía.

2. Catastro de organizaciones de mayores.
3. Dimensiones del envejecimiento y su expresión territorial: diagnóstico y perspectivas para la política pública.
4. Estudio de alternativas de empleabilidad en población mayor de 50 años.
5. Estudio de la realidad social de los adultos mayores en la comuna de Santiago.
6. Estudio del diagnóstico de la situación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía en regiones.
7. Estudio de sistematización de estadísticas sobre el perfil de las personas mayores desde un enfoque de género.
8. Estudio del posicionamiento del valor social del adulto mayor en los textos escolares de enseñanza básica.
9. Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para adultos mayores.
10. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial.
11. Estudio de la situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios.
12. Las personas mayores en Chile: situación avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.
13. Estudio nacional de dependencia en las personas mayores.
14. Estudio sobre las redes sociales y el capital social de las personas mayores.
15. Estudio sobre roles de género en los cuidados familiares.
16. Estudio sobre los servicios sociales y sanitarios a nivel local.

De esta manera, el Senama ha dado prioridad a la generación de conocimientos, incorporándola en su definición estratégica como uno de sus principales ámbitos de trabajo. La generación de estudios, la sistematización y la evaluación de los programas

que se ejecutan se convierten así en un elemento fundamental para el servicio, con el objetivo de otorgarle mayor pertinencia y calidad a su accionar, anticipándose a los desafíos que el proceso de envejecimiento de nuestro país instala como prioridad para las políticas públicas.

LEGISLACIÓN PARA LA PROTECCIÓN FRENTE AL MALTRATO

El maltrato a personas mayores constituye un problema social que si bien ha existido desde la antigüedad, no ha recibido la misma atención que el maltrato a la mujer o el maltrato infantil. Sólo en los últimos años se comienza a reclamar su interés y a reivindicar un campo propio para la investigación.

Los estudios latinoamericanos revelan cifras por sobre un 30% de maltrato a adultos mayores. La situación en Chile es similar al resto de Latinoamérica; aunque existen pocos estudios en relación a la temática, resulta interesante observar que todos coinciden en señalar cifras superiores al 30% de maltrato a personas mayores en el país.⁹

A nivel nacional, el Senama coordinó una mesa de trabajo que desarrolló una conceptualización del maltrato dadas las características propias en las que se presenta esta problemática en el país y sus tipologías; así, se definió el maltrato como:

Acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona.

Las diversas formas de maltrato muchas veces no presentan límites tan claros entre sí, pero su tipificación es útil para analizar el fenómeno, evaluar su intensidad y diferentes efectos e implementar acciones diferenciadas para hacerle frente; es así como se

⁹ Lowick-Russell (1999); Daichman y Quiroga (2002).

pueden identificar ciertas tipologías de maltrato a las personas mayores, que distinguen:

- El maltrato físico
- El maltrato psicológico
- El abuso sexual
- El abuso patrimonial
- La negligencia
- El abandono
- El maltrato estructural o societario

Gracias al trabajo encaminado por el Senama se ha logrado la modificación la Ley de Violencia Intrafamiliar (VIF), incorporando a los mayores como sujetos explícitos vulnerables al maltrato; esta modificación consiste en lo siguiente:

- Modificación de la ley VIF para incluir a las personas mayores en todas las ocasiones que se hable de grupos vulnerables.
- Tipificación del maltrato.
- Tribunales de Familia con la facultad de tomar medidas cautelares en el caso de violencia intrafamiliar.
- Se obliga a quienes prestan cuidados a denunciar los casos de maltrato.

RESULTADOS Y DESAFÍOS PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

- El Estado se ha hecho cargo de los más vulnerables, mejorando su calidad de vida e integrándolos a la sociedad, tanto a través de macropolíticas como de la reforma previsional y el plan AUGE, como de planes y programas, entre ellos, el de Vínculos y Viviendas Protegidas.
- Se ha logrado generar una participación activa de las personas mayores organizadas.

- Se han realizado diversos estudios para generar conocimiento relevante que ha permitido justificar el diseño de la política pública, difundir y posicionar en la discusión social la temática de la vejez y el envejecimiento.
- Se han diseñado campañas comunicacionales para potenciar una mirada distinta frente a lo que significa ser una persona mayor hoy.
- Frente a la gestión del conocimiento, se hace necesario:
 - Mejorar la realización de estudios respecto a la realidad chilena y la experiencia internacional.
 - Incluir la participación y los diagnósticos de las propias personas mayores.
 - Innovar incorporando los aprendizajes de la experiencia internacional.
 - Difundir y visibilizar y sensibilizar a los actores relevantes y la opinión pública.
- Respecto a la institucionalidad:
 - Los nuevos escenarios de la vejez requieren una adaptación de las políticas, considerando e incorporando la lógica de actuación, el envejecimiento de la vejez y la heterogeneidad de los mayores, y continuar generando acciones para las personas mayores no organizadas para que participen socialmente.
 - Se requiere a su vez una planificación con mayor coordinación entre los distintos sectores.
 - Se hace necesario coordinar las distintas acciones, incluyendo la medición de indicadores, la evaluación, las unidades de estudio, mediante un trabajo intersectorial estratégico.
- En relación con la dependencia funcional:
 - Se requiere la generación de centros de día como medio para descomprimir el sistema de salud, aliviar la carga

- familiar de cuidados y proveer a los mayores con dependencia de un entorno terapéutico y socialmente activo.
- Es necesario generar un catastro de establecimientos de larga estadía para adultos mayores en conjunto con el Ministerio de Salud, para captar la realidad de su funcionamiento y las condiciones de vida de las personas que allí residen, propiciando un funcionamiento de calidad.
- Desarrollo económico y social:
 - Se debe fomentar la permanencia en el empleo, para otorgar seguridad económica en la vejez.
 - Es necesario potenciar la asociatividad y la participación, como medio para la creación de redes de integración social que mejoran la calidad de vida en la vejez.
 - Es necesario propiciar la integración intergeneracional, como medio para la creación de lazos de beneficio mutuo entre los mayores y otros grupos etarios.
 - Es necesario generar nuevos discursos con respecto a los mayores, resaltando sus capacidades y derribando los preconceptos respecto a incapacidad o inutilidad.
 - En lo que respecta a los recursos humanos idóneos:
 - Es necesario generar recursos humanos competentes en el área gerontológica, preparados para enfrentar los nuevos desafíos.

BIBLIOGRAFÍA

- CELADE-CEPAL (2003). *Boletín Demográfico*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (*Observatorio Demográfico*).
- CELADE-CEPAL (2005). *Boletín Demográfico*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (*Observatorio Demográfico*).

- CELADE-CEPAL (2007). *Boletín Demográfico*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (*Observatorio Demográfico*).
- CEPAL (2002). *El acceso a la salud y la previsión. Crecimiento Económico y Desarrollo Humano en América Latina*.
- CEPAL (2003). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2006). *Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Los derechos en la vejez*.
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, febrero.
- COMISIÓN PARA LA REFORMA PREVISIONAL (2007). *Reforma Previsional. Protección para la vejez en el nuevo milenio*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- DAICHMAN, L. y P. QUIROGA (2002). *Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez*. Psicogeriatría. Santiago de Chile: Maval.
- EKERDT, D.J. (2002). *Encyclopedia of Aging* [libro-e]. New York: Macmillan Reference USA: Gale Group.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., compiladora (2000). *Gerontología social*. Madrid: Editorial Pirámide.
- FERRAJOLI, L. (1999). *Derechos y garantías. La ley del más débil*. Traducción de Perfecto Andrés Ibáñez y Andrea Greppi. Madrid: Editorial Trotta.
- GRUPO ORGÁNICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD MENTAL-OMS (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 37 (S2): 74-105.
- HOPENHAYN, M. (2005). “¿Integrarse o subordinarse? Nuevos cruces entre política y cultura”. En *Cultura, política y sociedad. Perspectivas latinoamericanas*, compilado por Daniel Mato, 17-40. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso).

- HUENCHUAN, S. (2008). “Calidad de vida y envejecimiento. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2006”. Ponencia presentada en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de Chile y la CEPAL.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2010). *Estadísticas demográficas y vitales. Proyecciones de población*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- LOWICK-RUSSELL, J. (1999). *Maltrato en la vejez. Orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio*. Santiago de Chile: Centro de Capacitación CEC (Serie Estudios y Documentos).
- MIDEPLAN (2009). *Encuesta de caracterización socio-económica nacional*. Santiago de Chile: Mideplan.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN (2006). *Apuntes de protección social* 1. Boletín, Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN (2007). *Encuesta Nacional CASEN 2006*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. (2000). *Vulnerabilidad demográfica, una faceta de las desventajas sociales*. Santiago de Chile: CEPAL (Serie Población y Desarrollo, 5).
- SENAMA (2009). *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile.
- SENAMA y CELADE-CEPAL (2007). *Protección y participación en la vejez: Escenario futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama)/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).
- SUPERINTENDENCIA DE SALUD (2006a). “Calidad de vida relacionada a la salud en población general”. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (2006b). “Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020”. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.

SOBRE LOS AUTORES

Claudia Josefina Arias

Licenciada en psicología. Magister en psicología social por la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Docente en grado y posgrado. Investigadora formada y directora de proyectos de investigación en las siguientes áreas: aspectos positivos en la vejez; redes de apoyo social; bienestar psicológico; fluidez, capital psíquico y emociones. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

María Concepción Arroyo Rueda

Trabajadora social y terapeuta familiar. Doctora en filosofía con orientación en trabajo social y políticas comparadas de bienestar social, por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesora de tiempo completo en la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED). Línea de generación y aplicación de conocimiento: envejecimiento, familia y género.

María Isolina Dabove

Abogada por la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Doctora en derecho por la Universidad Carlos III de Madrid. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) y la Universidad de Buenos Aires (UBA). Directora del Centro de Investigaciones en Derecho de la Anciani-

dad, Facultad de Derecho de la UNR. Profesora en la UNR, la UBA y la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (Unicen). Áreas de estudio: perspectiva filosófica del derecho de la ancianidad; igualdad y no discriminación en la vejez; derechos humanos de la ancianidad: derechos de autonomía, participación y prestación (seguridad social); acceso a la justicia; instituciones y sistemas de protección jurídica; derecho y políticas sociales.

Margarita Díaz Ábrego

Comunicóloga y socióloga. Doctora en ciencias políticas y sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora investigadora del Departamento de Estudios Culturales de la Universidad de Guanajuato, *campus* León. Sus áreas de estudio son políticas públicas, envejecimiento, migraciones internacionales y participación política de los jóvenes.

Rocío Enríquez Rosas

Doctora en ciencias sociales con especialidad en antropología social por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), unidad Occidente. Profesora investigadora del Departamento de Estudios Socioculturales de la Universidad Jesuita de Guadalajara. ITESO. Investigadora nacional, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Líneas de investigación: subjetividades, emociones sociales y exclusión social; género; generaciones, familias y redes sociales; pobreza y política social.

Ángeles Escrivá Chordá

Doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona y profesora de sociología en la Universidad de Huelva, España. Desde hace veinte años se ha dedicado al estudio de las migraciones internacionales, vinculado a las relaciones de género e intergeneracionales, el mercado de trabajo, la religión y la participación social y política.

M. Beatriz Fernández Lorca

Socióloga. Doctora en sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Áreas de estudio: envejecimiento, familia y redes de apoyo.

Sagrario Garay Villegas

Licenciada y maestra en economía. Doctora en estudios de población por El Colegio de México. Profesora investigadora en el área de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sus áreas de estudio son: familia, trabajo y envejecimiento.

Francisco González Mendoza

Sociólogo de la Universidad Jesuita Alberto Hurtado; actualmente se encuentra (2012-2013) realizando un magíster en la Universidad de Valencia en sociología y antropología de las políticas públicas. Entre los años 2004 y 2007, ocupa el cargo de profesional de la Unidad de Estudios del Fondo Nacional de la Discapacidad, Fonadis (actual Servicio Nacional de la Discapacidad, Senadis), formando parte del equipo que realizó el Estudio Nacional de la Discapacidad. Se desempeña además como consultor externo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), prestando asistencia técnica para la realización del Estudio Nacional de Discapacidad de Panamá. Desde 2007 se desempeña como profesional de la Unidad de Estudios de Senama, ejerciendo como encargado hasta el año 2011. Además, encabezó el proceso técnico para el desarrollo del Estudio Nacional de la Dependencia en la Personas Mayores.

Sarah Harper

Etnógrafa y gerontóloga. Doctora por la Oxford University, actualmente es directora del Oxford Institute of Population Ageing, donde se analizan las perspectivas y tendencias poblacionales del envejecimiento. Se desempeña en el grupo de trabajo

de la Royal Society en temas de población y planeta. Es miembro del Consejo Asesor Científico, Inglaterra Natural; miembro del Consejo de la Agenda Mundial sobre el Envejecimiento del Foro Económico Mundial; consejera asesora del Estudio Longitudinal Inglés sobre Envejecimiento (ELSA, por sus siglas en inglés) y es consultora del Instituto de Política de Pensiones de Reino Unido. Dirigió el Estudio sobre el Envejecimiento Global con base en una encuesta hecha en veinticuatro países, entre los que se incluyen México y Brasil. Es líder del Proyecto Interacciones entre la población y el ambiente, que es un estudio interdisciplinario que une demógrafos, economistas, antropólogos, filósofos y ambientalistas a través de la investigación, modelización y escenarios, la gama de complejas interacciones entre el cambio demográfico y ambiental durante la primera mitad del siglo XXI. Áreas de investigación: aspectos sociodemográficos del envejecimiento de las poblaciones, globalización y cambio demográfico global, el impacto a nivel global, social e individual del cambio en la estructura por edad, la migración y su impacto en el envejecimiento, el cambio climático y su efecto en el envejecimiento de las poblaciones, las relaciones intergeneracionales y los retos demográficos del incremento de la longevidad.

M. Soledad Herrera Ponce

Socióloga y gerontóloga. Doctora en sociología, D.E.A. en análisis de datos y máster en gerontología social, Universidad Autónoma de Madrid, España. Profesora asociada del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus áreas de estudio son: población, calidad de vida en la vejez, familia y bienestar.

Sandra Huenchuan

Doctora en estudios latinoamericanos. Experta en envejecimiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), División de Población, Comisión Económica para América Latina

(CEPAL). Áreas de estudio: envejecimiento y vejez, políticas públicas, sistemas de cuidado, familia y bienestar.

Ricardo Iacub

Doctor en psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesor asociado regular de psicología de la tercera edad y vejez. Área de investigación: la psicología de la mediana edad y la vejez; erótica e identidad.

Alejandro Klein

Psicólogo y sociólogo. Doctorado por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Posdoctorado por la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Coordinador del LARNA. Research affiliated del Oxford Institute of Ageing. Profesor investigador de la División Ciencias Sociales, Universidad de Guanajuato. Áreas de investigación: procesos y dispositivos psicosociales; demografía social, transiciones familiares y vinculares; construcción de subjetividad y perspectivas etarias (adultez, adolescencia y vejez).

Rosa Kornfeld Matte

Educadora de la Pontificia Universidad Católica de Chile; magíster en gerontología social, Universidad Autónoma de Madrid. Fundadora del Programa Adulto Mayor de la Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Miembro del Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología de Chile; miembro del directorio de la Asociación Internacional de Universidades para la Tercera Edad (AIUTA), del Comité Científico de la Red Internacional para el Estudio sobre Edad, Ciudadanía e Integración Socio-Económica (Reiactis), del Grupo LARNA-OIA (Latin American Research Network on Ageing-Oxford Institute Ageing).

Docencia e investigación en la temática gerontológica. Áreas de interés de estudios: envejecimiento y vejez; educación; políticas públicas.

George Leeson

Matemático. Doctorado en demografía en el London School of Hygiene and Tropical y en la Universidad de Copenhague. Codirector del Oxford Institute of Population Ageing. Ha dirigido el estudio longitudinal del futuro danés, y ha sido codirector del Estudio sobre el Envejecimiento Global, con base en una encuesta hecha por veinticuatro países, entre los que se incluyen México y Brasil. Es miembro del Proyecto Interacciones entre la población y el ambiente, un estudio interdisciplinario que une demógrafos, economistas, antropólogos, filósofos y ambientalistas a la dirección a través de la investigación, modelización y escenarios, la gama de complejas interacciones entre el cambio demográfico y ambiental durante la primera mitad del siglo XXI. Áreas de investigación: aspectos sociodemográficos del envejecimiento de las poblaciones, modelado del desarrollo de las poblaciones y el análisis de los escenarios nacionales e internacionales, la desigualdad demográfica del envejecimiento global, las poblaciones cambiantes en Europa, la migración y su efecto en el envejecimiento de las poblaciones, salud, las relaciones intergeneracionales y los retos demográficos del incremento de la longevidad. Es director del LARNA. Coeditor del *Journal of Population Ageing* y miembro editorial de *Ageing Horizons*.

Blanca López La Vera

Socióloga y magíster en comunicaciones por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Doctoranda en sociología por la misma universidad. Diplomada en gerontología social por la PUC de Chile. Docente de los cursos: sociología del envejecimiento, y género y comunicaciones. Docente del programa UNEX dirigido

a mayores de 50 años y directora de la revista digital *Palabras Mayores*. Temas de investigación: envejecimiento, vejez y género; vejez y consumo; educación de adultos mayores; empoderamiento.

Luis Fernando Macías

Sociólogo y psicoanalista. Doctor en sociología por la Universidad de Lovaina con especialidad en filosofía social. Profesor titular del Departamento de Filosofía de la Universidad de Guanajuato (UG), miembro del Círculo Psicoanalítico Mexicano; ex director del Consejo Estatal de Población de Guanajuato y actualmente director de la División de Ciencias Sociales y Humanidades del *campus* León de la UG. Sus áreas de estudio son: filosofía de las teorías sociales contemporáneas y psicoanálisis; estudios de subjetividades emergentes, sufrimiento y vida psíquica, suicidio, migración, movimiento social.

Sandra Elizabet Mancinas Espinoza

Licenciada y maestra en trabajo social. Doctora en filosofía con orientación en trabajo social y políticas comparadas de bienestar social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesora investigadora en el área de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. Sus áreas de estudio son: envejecimiento, violencia, género y política social.

Ma. de la Luz Martínez Maldonado

Psicóloga egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Realizó estudios de maestría en educación especial en la FES Zaragoza, UNAM, y estudios de maestría en gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Es candidata a doctora en salud colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana. Áreas de estudio: envejecimiento, vejez, gerontología comunitaria y modelos de atención gerontológica.

Cristián Massad Torres

Sociólogo de la Universidad Jesuita Alberto Hurtado y candidato a magíster en gobierno y sociedad de la misma universidad. Se ha desempeñado como profesional de la Unidad de Estudios del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) desde el año 2006, dedicándose a diversas tareas, entre otras, a la generación de indicadores de seguimiento del proceso de envejecimiento poblacional y de políticas públicas de envejecimiento y vejez, además de desempeñarse como contraparte técnica o autor en más de veinte estudios, entre los que destaca el Estudio Nacional de la Dependencia y Las Personas Mayores en Chile. Asimismo, tiene en su haber una serie de artículos y libros sobre la situación de las personas mayores y los avances programáticos que ha realizado el país para el mejoramiento de su calidad de vida, además de una tesis publicada respecto a la construcción social de las enfermedades mentales. Se desempeña también como profesional de la fundación sin fines de lucro Ecomabi, dedicada a la temática de la sustentabilidad medioambiental, tanto ecológica como social.

Víctor Manuel Mendoza Núñez

Médico cirujano egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Realizó estudios de maestría en gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de doctorado en ciencias biológicas en la UNAM, en el área del envejecimiento. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II, y jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.

Verónica Montes de Oca Zavala

Socióloga y demógrafa. Doctora en ciencias sociales con especialidad en población por El Colegio de México. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Sus

áreas de estudio son: envejecimiento, redes sociales, dinámica familiar y sistemas de protección social.

Sandra Murillo López

Economista y demógrafa. Doctora en economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es coordinadora técnica de la Unidad de Estudios sobre la Opinión del Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, y docente de la especialización en desarrollo social del posgrado de la Facultad de Economía de la UNAM. Las líneas de investigación que trabaja actualmente son: familia, redes, transferencias y pensiones.

Ruth Nina Estrella

Psicóloga social. Graduada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Docente e investigadora del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico. Sus áreas de interés de estudios son: relaciones de pareja, familia y diversidad cultural.

Rita de Cássia da Silva Oliveira

Pedagoga e gerontóloga. Doutora em filosofia e ciências da educação. Pós doutora em educação pela Universidade de Santiago de Compostela. Professora associada na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Professora permanente do mestrado e do doutorado em educação na UEPG. Pesquisadora produtividade do CNPq. Coordenadora da Universidade Aberta para a Terceira Idade. Áreas de estudo: políticas públicas, educação permanente, gerontologia e velhice.

Cecilia Rabell Romero

Antropóloga y demógrafa. Doctora en ciencias sociales con especialidad en población por El Colegio de México. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III. Sus áreas de

estudio son: evolución de las familias en México durante el siglo XX; patrones de intercambios familiares; condiciones de vida de los jóvenes a lo largo del siglo XX; migraciones internas indígenas.

Flávia da Silva Oliveira

Advogada. Mestre em ciências sociais aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Doutoranda em ciências jurídicas pela Pontifícia Universidade Católica Argentina. Professora e coordenadora do Curso de Direito na Faculdade União, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Professora da Universidade Aberta para a Terceira Idade. Áreas de estudo: direitos humanos, políticas públicas, proteção jurídica, gerontologia e educação permanente e velhice.

Rogelio Sáenz

Sociólogo y demógrafo. Doctorado en sociología por la Universidad Estatal de Iowa. Decano del Colegio de Políticas Públicas de la Universidad de Texas en San Antonio. Sus áreas de investigación incluyen demografía; sociología de latinas/os; raza y etnicidad; migración, y desigualdad.

María Guadalupe Salas Medina

Trabajadora social y terapeuta familiar. Doctora en educación internacional por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesora de tiempo completo en la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED). Línea de generación y aplicación de conocimiento: familia, género y trabajo social.

Paola Andressa Scortegagna

Pedagoga. Mestre em educação. Doutoranda em educação pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Professora da Universidade Aberta para a Terceira Idade. Coordenadora de pedagogia, oferta especial, modalidade à distância. Áreas de es-

tudo: políticas públicas; gerontología; educação permanente e velhice.

Felipe R. Vázquez Palacios

Doctor en antropología social por la Universidad Iberoamericana; investigador titular del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), unidad Golfo. Las líneas de investigación que trabaja son: antropología de la vejez y antropología de la muerte.

Feliciano Villar

Doctor en psicología por la Universidad de Barcelona, especialista en psicología del envejecimiento. Profesor titular en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Barcelona. Sus áreas de estudio se centran en el envejecimiento generativo: el papel de los mayores en la familia, el voluntariado y la participación cívica de los mayores, y el aprendizaje y la educación en la vejez.

Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (LARNA),

editado por el Instituto de Investigaciones Sociales
de la Universidad Nacional Autónoma de México
en coedición con: Instituto de Investigaciones Antropológicas,
Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Facultad de Psicología, Facultad de Medicina,
Escuela Nacional de Trabajo Social,

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias,
Sociedad Mexicana de Demografía, Universidad de Guanajuato,
Oxford Institute of Population Ageing y University of Oxford
se terminó de imprimir en mayo de 2013,
en los talleres de Formación Gráfica, S.A. de C.V.,
Matamoros 112, colonia Raúl Romero, 57630,
Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

Tipografía y formación a cargo de
Sigma Servicios Editoriales/Sergio Emiliano Hernández Martínez.

La composición tipográfica se hizo en tipo Garamond
de 12:14.5, 11:13 y 10:12 puntos. La edición en offset
consta de 1000 ejemplares en papel cultural de 90 gramos.

Autores en esta obra

Claudia Josefina Arias
María Concepción Arroyo Rueda
María Isolina Dabove
Margarita Díaz Ábrego
Rocío Enríquez Rosas
Ángeles Escrivá Chordá
M. Beatriz Fernández Lorca
Sagrario Garay Villegas
Francisco González Mendoza
Sarah Harper
M. Soledad Herrera Ponce
Sandra Huenchuan
Ricardo Iacub
Alejandro Klein
Rosa Kornfeld Matte
George Leeson
Blanca López La Vera
Luis Fernando Macías
Sandra Elizabet Mancinas Espinoza
Ma. de la Luz Martínez Maldonado
Cristián Massad Torres
Víctor Manuel Mendoza Núñez
Verónica Montes de Oca Zavala
Sandra Murillo López
Ruth Nina Estrella
Rita de Cássia da Silva Oliveira
Cecilia Rabell Romero
Flávia da Silva Oliveira
Rogelio Sáenz
María Guadalupe Salas Medina
Paola Andressa Scotegagna
Felipe R. Vázquez Palacios
Feliciano Villar



Facultad de Medicina



Sociedad Mexicana de Demografía



ENVEJECIMIENTO en América Latina y el Caribe

Entre los gerontólogos del mundo existe ya un claro consenso: el envejecimiento es un fenómeno que por su complejidad trasciende los paradigmas demográficos, financieros o geriatrizantes que han conducido a adoptar una visión deficitaria y de carencia con respecto al proceso de envejecimiento. Ante ello y retomando diversas perspectivas disciplinarias e interdisciplinarias, este libro propone renovar y enriquecer la mirada y el enfoque sobre la vejez y el envejecimiento a través del análisis de la subjetividad, de la acción social, del papel de la educación y el empoderamiento, de las organizaciones, de las familias y las redes sociales, de los derechos humanos y de las políticas públicas.

Los capítulos que conforman el presente libro recogen las inquietudes de más de tres docenas de profesionales reconocidos que, partiendo de esta visión integral, se ocupan del envejecimiento en América Latina y el Caribe, y abordan diversas situaciones de la vida cotidiana, comunitaria y social como aspectos cruciales hoy en día para repensar este proceso vital.



ENVEJECIMIENTO
en América Latina y el Caribe



VERÓNICA MONTES DE OCA
Coordinadora