

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS



*ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ESTADO DE MÉXICO.
EL CASO DE LOS JUBILADOS DEL IMSS EN LA ENTIDAD.*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA

ROBERTO LEONEL DORANTES PACHECO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ROSA PATRICIA ROMÁN REYES

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Pienso que este trabajo representa un hito en mi desarrollo profesional, académico y personal, por lo tanto es mi intención agradecer a todos aquellos que han hecho posible llegar a este punto y que contribuyeron a hacer mi vida como universitario uno de los momentos más felices en mi historia.

A mi familia, especialmente a mis padres, Graciela y Antonio, por el amor, los ánimos y el apoyo incondicional que me han dado. A Yun, Miguel, Mikel y Luken por acompañarme e inspirarme a ser mejor cada día.

A Patricia, profesora, asesora y amiga, por todo lo que me ha enseñado, por su guía, franqueza y confianza.

A César, por acompañarme en las buenas y en las malas. Gracias por tu apoyo y por todos los momentos, ideas y proyectos que hemos estado construyendo, compartiendo y viviendo.

A mis compañeros y amigos, especialmente a María, Majo, Tania, Diego y Oscar, los quiero mucho, cada uno me dio momentos entrañables, ha sido un gusto formarme como sociólogo a su lado y sobre todo crecer como persona.

A las familias Loreto, Medrano, Vignau Loría, Gutiérrez, Vázquez Chávez, Villegas Ortega, Franco Ruiz, Márquez y Ramírez por brindarme apoyo esencial y abrirme la puerta de sus hogares.

A Diana Z. M. y a Emilio O. ya que su ayuda, confianza y paciencia hicieron posible este trabajo de investigación.

A la UNAM por todo lo que me ha dado y al pueblo de México por darme a la UNAM.

Una página completa para agradecer a Jimena Samario Silva por todo el apoyo que me ha brindado.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Metodología y fuentes de información	11
1.1. El método mixto	11
1.2. Los censos y la experiencia del 2010 en México	15
1.3. Las entrevistas como método de investigación	20
Capítulo 2. Evaluación cuantitativa de la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Estado de México	25
2.1. Demografía del envejecimiento en el Estado de México	27
2.2. Seguridad económica en la vejez	43
2.3. Salud y bienestar en la vejez	53
2.4. La población jubilada	61
Capítulo 3. Evaluación cualitativa de la calidad de vida	77
3.1. Las entrevistas.....	77
3.1.1. Reseña biográfica de los entrevistados	80
3.2. Envejecimiento poblacional e individual.....	85
3.3. Seguridad económica en la vejez de los jubilados	100
3.4. Salud y bienestar en personas adultas mayores jubiladas	109
3.5. Entornos favorables	122
3.5.1. El entorno social	122
3.5.2. El entorno físico	134
Conclusiones y recomendaciones.....	141
Anexos	I
Bibliografía	XV

Introducción

El envejecimiento demográfico es un proceso que significa un cambio en términos de incremento porcentual y absoluto de las personas de 60 años de edad y más, en una población; éste tiene diversas causas, englobadas en la transición demográfica, la cual hace referencia al paso, a través de diversas etapas, de una situación poblacional con elevados niveles de mortalidad y fecundidad, a otra con niveles controlados (Miró, 2003). Actualmente, este proceso está presente en gran parte de los países del mundo, especialmente en los desarrollados, pero también en aquellos que, según indicadores sociales y económicos, están en vías de desarrollo, como es el caso de México.

Directamente relacionado con el fenómeno anterior se presenta el envejecimiento individual, el cual es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, generadas por el paso del tiempo y el desgaste acumulado ante los retos del ambiente físico y social, en el que se encuentra un sujeto durante su historia de vida (Sánchez & Mendoza, 2003 citado en Mendoza, 2008); es un fenómeno particular que no puede ser reducido a una visión cronológica, pues no se trata sólo de años transcurridos sino de la calidad con la que se han desarrollado (Moragas, 2004). Los cambios y la capacidad de las personas para responder al tiempo pueden variar, pudiendo llegar a establecerse condiciones óptimas de vida o situaciones de vulnerabilidad.

En conjunto, el envejecimiento poblacional e individual implica retos y problemáticas específicas a las instituciones sociales, como los sistemas estatales de seguridad social, y también a las familias y a las comunidades; para los individuos, al mismo tiempo, responder a los cambios significa cumplir retos en la atención de su salud y en la generación y administración de sus recursos económicos, materiales y sociales, para satisfacer sus necesidades y generar estrategias con el fin de alcanzar las condiciones de vida que en su entorno social y cultural puedan ser valoradas como dignas y de calidad.

Uno de los puntos relacionados con el envejecimiento individual es el retiro del mercado laboral o jubilación, proceso con carga social y cultural que significa la cesantía de actividades laborales.¹ Roberto Ham (2003) menciona que la edad de retiro es usualmente utilizada como criterio para definir el ingreso a la vejez (p. 71), ya que este hecho marca un punto de inflexión en la trayectoria de vida de los sujetos pues se deja de formar parte del sistema productivo de la sociedad, lo que puede ser motivado por decisión propia o por la aparición de nuevas exigencias laborales dentro del mercado.

Al momento del retiro del sector formal del mercado laboral, entendido como la esfera de lo social en donde la oferta y la demanda de fuerza laboral y las relaciones obrero patronales se encuentran regidas por un marco legal,² algunos trabajadores cuentan con prestaciones económicas llamadas pensiones, las cuales están diseñadas para ser ingresos que les ayuden a subsistir durante el resto de su vida, especialmente durante la vejez. Las pensiones forman parte del sistema de seguridad social, el cual está conformado por una red de arreglos institucionales y administrativos enfocados a brindar protección a los miembros de la sociedad, ante circunstancias de riesgo.

Estudios e investigaciones enfocados en los ingresos de las personas adultas mayores, personas de 60 años o más, estiman que en el año 2000, en nuestro país, entre 22 y 24 por ciento de esta población recibió una pensión y, en la mayoría de los casos, dichas aportaciones económicas fueron mínimas, exponiendo así que una amplia mayoría solventa sus necesidades con ingresos monetarios que oscilan entre uno y menos de dos salarios mínimos (Ham, 2003; Márquez, Pelcastre & Salgado, 2006).

Aunado a lo anterior, el sistema público de salud, en relación con el envejecimiento, se enfrenta al reto que implica el incremento de la demanda de

¹ Considerando aquellas formales y también las informales.

² En el caso de México, es el artículo 123 de la Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal del Trabajo.

servicios médicos geriátricos pero, sobre todo, para la atención a la creciente incidencia de padecimientos crónico degenerativos, los cuales pueden afectar las condiciones de vida en la vejez, de hombres y mujeres, exacerbando los cambios inherentes al envejecimiento en el organismo (Mendoza, 2008). Además, hay que considerar que no toda la población tiene acceso a la cobertura de estos servicios.

Ante este contexto es que se pone en tela de juicio la funcionalidad del sistema de seguridad social para la población envejecida en el país, y se destaca la necesidad de elaborar más estudios que abonen al conocimiento sobre el envejecimiento poblacional e individual en México.

Paula Aranibar (2001), socióloga y gerontóloga social, expuso que al realizar un primer acercamiento al estudio de la vejez se presenta un panorama teórico confuso, generado principalmente por el carácter complejo del tema. Son varias las disciplinas que se han aproximado al fenómeno desde sus perspectivas teóricas y, haciendo uso de sus estrategias metodológicas, cada una de ellas ha generado información, críticas, valoraciones y recomendaciones.

Recuperando el trabajo de Lourdes Pérez, Aranibar presentó la necesidad de comprender esta situación multidisciplinaria no como una desventaja sino como un desafío, ya que todo este conocimiento puede ser integrado, o por lo menos tomado en cuenta, para la conceptualización integral del envejecimiento y el reconocimiento de los retos, ventajas y desventajas que implica para los individuos y las sociedades (1997 en 2001, p. 9).

De acuerdo con esta línea de investigación, Aranibar (2001) expuso que otra de las características de los estudios sobre este tema es el hecho de que pese a no ser un fenómeno nuevo, el interés en él sí lo es y éste surge como una reacción ante las problemáticas observadas o probables que tiene el envejecimiento. Ham (2003) identificó, como los principales problemas nacionales ante el cambio demográfico, los siguientes elementos: la insuficiencia financiera

de la seguridad social, en donde se encuentran los sistemas de retiro y de pensiones; las transformaciones de los mercados laborales ante la globalización, en donde destaca la tecnificación de los métodos de trabajo y modelos de desarrollo; las necesidades generadas por la condición de salud de la población envejecida y el soporte del sistema de salud; las transformaciones en las estructuras familiares y los modos en los que se relacionan y organizan sus miembros; la necesidad de transferencias de apoyo ante la falla o inexistencia de la ayuda institucional; las consecuencias de la feminización del envejecimiento, a lo que se agregan las múltiples desventajas sociales que implica ser mujer en nuestra sociedad; por último, la condición de vulnerabilidad de los viejos, presente en todas las esferas de lo social (p.38).

En términos generales, la investigación desde diversas disciplinas se ha enfocado en la atención a estas problemáticas,³ pero cada una desde sus enfoques, objetos de estudios y metodologías particulares, por ejemplo, la investigación antropológica se ha centrado en el estudio de la vejez como una construcción social en donde se encuentran elementos biológicos, como la nutrición, y elementos culturales, como la etnicidad y las tradiciones. Desde el enfoque jurista la atención al envejecimiento se ha desarrollado en la discusión de aspectos éticos y legales de los adultos mayores, posicionándolos como sujetos de derechos (Calcedo-Barba & Castelli-Candia, 2007). La sociología ha tenido diversos aportes, en los que destaca los estudios de las representaciones sociales de la vejez, el capital social y las redes de apoyo social. (Gastron, 2007; Montes de Oca, 2007) Por otro lado, la psicología se ha especializado en el estudio de la estabilidad, desarrollo y declive de las funciones motoras y cognitivas, así como los cambios en las conductas, los afectos y las emociones durante el proceso de envejecimiento de un sujeto.

La investigación biomédica, dividida en cuatro ramas, la básica, la clínica, la epidemiológica y la de salud pública, también ha desarrollado trabajo enfocado en

³ Se recomienda ampliamente la revisión de la publicación Demos. Número especial sobre envejecimiento. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. 2001, núm. 14.

el envejecimiento, abarcando desde la búsqueda de explicación a fenómenos a nivel celular, estructural y sistémico, además del estudio de la etiología, diagnóstico y pronóstico de padecimientos en la historia de un individuo, e incluso estudios enfocados en conocer las causas y los efectos de la distribución de padecimientos en grupos poblaciones específicos, así como el impacto de programas de salud en la sociedad y las comunidades (Mendoza, Romo, Sánchez & Hernández, 1997: 15-17).

Sin embargo, pese al impulso que ha tenido la investigación sobre la vejez y el envejecimiento desde diversas disciplinas, los estudios enfocados en conocer cómo viven las personas adultas mayores, cuáles son las estrategias que llevan a cabo para atender sus necesidades y cuál es la valoración que hacen sobre su vida y bienestar son todavía escasos y un área en desarrollo.

Es así que otro de los retos para los gobiernos, la academia y la sociedad consiste en la formulación y aplicaciones de estrategias en las que se integren los conocimientos generados desde cada disciplina, pero en donde también se incorporen las opiniones, las sugerencias y las vivencias de los adultos mayores sobre la etapa de la vida que están viviendo, pues son ellos quienes pueden informar de una manera más acertada sobre la posibilidad de tener bienestar en esta etapa a la que eventualmente llegaremos la mayoría.

Actualmente existe una creciente tendencia en diversas disciplinas y campos del conocimiento para tratar al envejecimiento como un proceso natural que es asimilado como un constructo social, es decir, que está formado por un conjunto de ideas, las cuales varían en cada cultura y sociedad (Treviño, Pelcastre & Márquez, 2006); además se reconoce que es un proceso heterogéneo pues se encuentra permeado por diversas experiencias, las que han sido y son marcadas por diferencias existentes entre variables como el género, la clase y el grupo de edad, por mencionar algunas. Dichas vivencias han posicionado a las personas

adultas mayores en situaciones de ventaja o vulnerabilidad al alcanzar la vejez, e influido en su calidad de vida.

¿Qué es la calidad de vida? Este es un concepto sobre el que parece no haber consenso en su definición, pero en términos generales se entiende que tiene un carácter multidimensional y es utilizado no sólo para describir las condiciones de vida de los adultos mayores, sino también las situaciones de otros grupos poblacionales; hace referencia a un proceso dinámico en el que se incluyen dos perspectivas del bienestar, la objetiva y la subjetiva (González- Celis Rangel, 2010). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “*la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses*” (Harper & Power, 1998, en González-Celis Rangel, 2010, p. 368).

Desde la perspectiva anterior se entiende que la calidad de vida significa que las condiciones de vida objetivas son satisfactorias y que se tiene un buen nivel de bienestar subjetivo (Gletzer & Zapf, 1984 en Palomba, 2003, pp. 255-256). En el estudio del envejecimiento se han realizado diversas propuestas para evaluarla; con respecto al componente objetivo se han considerado elementos como las fuentes y monto de los ingresos económicos, la situación laboral, el estado de salud, el derecho y uso de servicios, por mencionar algunos, los cuales pueden ser captados mediante estudios cuantitativos. Por su parte, la aproximación a los aspectos subjetivos demanda otro tipo de trabajo, de orden cualitativo, pues involucra los sentimientos de satisfacción o insatisfacción, certeza o incertidumbre, que los individuos tienen sobre sus condiciones, sobre su capacidad para desenvolverse con autonomía e independencia en su entorno y responder a los retos y/o problemas que se les presenten, es decir, sobre su propia vida.

Pese a sus diferencias metodológicas, las perspectivas objetiva y subjetiva no son mutuamente excluyentes, y ambas deberían trabajarse en conjunto al tratar

el tema. Rosella Palomba, investigadora, expuso que se requieren mejores estudios sociodemográficos sobre la calidad de vida en el envejecimiento, cuyas conclusiones estén bien apoyadas por datos empíricos (2003, p. 257). También, se reconoció la pertinencia de esta articulación para la generación de conocimiento integral sobre la vejez, esto con el objetivo de realizar una valoración de las acciones y resultados de los programas implementados actualmente en atención a las necesidades y demandas de esta población, para así reformularlos y/o incentivarlos para que el envejecimiento pueda ser un proceso con salud, satisfacción, felicidad y oportunidades para el desarrollo individual y comunal.

Con respecto a los cambios demográficos y el espacio en el que éstos suceden, destaca el caso de México y otros países, pues se han dado a un nivel acelerado en comparación con los países europeos más desarrollados, en los cuales la transición demográfica, el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la población se fue dando de manera paralela a su proceso histórico de modernización durante casi tres siglos. En el caso de nuestro país, en unas cuantas décadas la esperanza de vida se transformó, pasando de 33 años para hombres, 34,7 para mujeres en 1930, a 58.8 años en hombres y 63 años en mujeres en 1970. Actualmente los valores son de 73.4 años y 78 años, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2001; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012).

En este contexto es relevante considerar que la situación demográfica, económica y social del país es heterogénea, producto de procesos sociohistóricos que han permeado la distribución de las poblaciones y las características de éstas en el territorio nacional. El Estado de México sobresale por ser una de las entidades federativas en donde el crecimiento poblacional fue especialmente notorio en la segunda mitad del siglo pasado; se considera que esto fue así por la atracción que generaba su desarrollo urbano industrial y su proximidad a la Ciudad de México, elementos que ha influido en la estructura por edad de sus habitantes,

sentando los precedentes de una población con alta presencia de personas adultas mayores.

Aunque el ritmo de crecimiento de la población envejecida en la entidad no es el más alto a nivel nacional, su tendencia al envejecimiento demográfico es una característica particular porque es la entidad con mayor número de personas con 60 o más años de edad, las cuales en nuestro país son reconocidas legalmente como personas adultas mayores (Ham, 2003). Estudios revelan que el Estado de México se encuentra en una etapa avanzada en su transición demográfica (Montes de Oca, 2009; Hebrero, 2011); además, es necesario tener presente que dentro de la entidad la situación no es generalizable, pues cada municipio se ha visto afectado en distinto grado por los fenómenos y transformaciones sociales, demográficas, económicas y políticas que se han presentado en el estado y en el país.

Frente a estos hechos se comenzó a formar el presente trabajo de investigación, considerando que pese a la heterogeneidad en el país, el caso particular del Estado de México podía aportar elementos relevantes sobre la vejez y la calidad de vida en un entorno transformado por el envejecimiento poblacional.

La población de estudio de esta investigación está dividida en tres niveles, el primero está integrado por personas adultas mayores, es decir, personas de 60 años y más que residen en el Estado de México; dentro de este grupo poblacional se ubicó al sector de jubilados y pensionados, los cuales componen el segundo nivel; y el tercero está integrado por adultos mayores jubilados y residentes en el Estado de México, que además tienen la característica de haber formado parte de la fuerza laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adscritos a la Delegación 16, Estado de México, poniente. Esta institución captó la atención por ser un caso paradigmático, pues es y ha sido una de las principales representantes de la seguridad social en nuestro país, ha brindado servicios médicos y de atención a la salud, principalmente a los trabajadores asalariados

urbanos que laboran o laboraron en empresas privadas, y tiene a sus propios empleados para su funcionamiento.

La delimitación de esta población específica de jubilados se realizó con el objetivo de elaborar una evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores que tienen garantizada la seguridad social, cuestionando así la relevancia que ésta puede llegar a tener en la configuración del bienestar por medio de las posibilidades de cobertura de necesidades que ofrece; en relación con esto y reconociendo que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, se planteó además captar y analizar las distintas percepciones que tiene sobre la vejez y su propio proceso.

En función de alcanzar los objetivos y considerar la composición del concepto de calidad de vida para lograrlos, se realizó el diseño de una estrategia metodológica mixta, la cual es presentada en el primer capítulo, en el que se expone el sustento teórico del trabajo de investigación con fuentes de información cuantitativas y cualitativas, las cuales, en este caso, son los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010, elaborado por el INEGI, y una serie de entrevistas semiestructuradas. Aquí, se presentan por separado las características de cada una y sus aportes a la investigación, la cual tiene cuatro ejes principales, recuperados del “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez” del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006), adscrito a la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de Naciones Unidas (ONU), que son: Demografía del envejecimiento, Seguridad económica, Salud y bienestar, y Entornos favorables.

El segundo capítulo corresponde a la aproximación cuantitativa a la calidad de vida, y está integrado por cuatro secciones. En la primera parte -Demografía del envejecimiento en el Estado de México-, se presentan y analizan datos e indicadores, como la composición por edad y por sexo, entre otros, de la población adulta mayor en la entidad, al momento del censo; en la segunda sección -

Seguridad económica en la vejez- se expone una serie de indicadores relacionados con los ingresos y la condición de actividad en el mercado laboral de la población seleccionada; en la sección titulada Salud y bienestar en la vejez, se despliega información sobre la capacidad funcional de la población, así como su situación de derechohabencia para la atención de su salud; y en el último apartado -La población jubilada- se muestra el perfil específico de esta población.

El tercer capítulo se divide en cinco secciones. En la primera se presenta el diseño de la metodología para captar la evaluación subjetiva que hacen los adultos mayores de sus condiciones de vida, además de una breve reseña de los entrevistados; en el segundo apartado -Envejecimiento poblacional e individual- se exponen las perspectivas que los entrevistados tienen sobre dichos procesos y la relación de esos con su vida; en la tercera sección -Seguridad económica en la vejez de los jubilados- se interpreta la valoración que hacen los entrevistados sobre sus recursos económicos en relación con la satisfacción de sus necesidades; le sigue el apartado -Salud y bienestar en personas adultas mayores jubiladas- en donde se trabaja la apreciación de su bienestar subjetivo y de atención a la salud ante los cambios inherentes al envejecimiento y la presencia de afecciones o padecimientos; por último, se realiza un estudio, según lo expresado en las entrevistas, de su entorno, considerando que está compuesto por el espacio social y el físico, el primero estructurado por las redes sociales de apoyo con las que cuentan y en las que participan, y el segundo está formado por las condiciones materiales de su ambiente residencial y comunitario.

Para finalizar se presentan una serie de reflexiones y recomendaciones sobre la calidad de vida de los adultos mayores jubilados, las cuales están basadas en lo identificado e interpretado al hacer uso de una metodología mixta, considerando que tiene sus ventajas y limitaciones. Se espera que los resultados sean de utilidad para este grupo pero también para el resto de la población, teniendo en mente que la configuración del bienestar en el envejecimiento se da en toda nuestra historia de vida.

Capítulo 1. Metodología y fuentes de información

Al realizar una investigación sobre la percepción de la calidad de vida en una etapa del ciclo vital de un grupo poblacional determinado, en este caso los adultos mayores, resulta necesario formularse preguntas sobre sus características como conjunto y también como individuos: ¿cuántos son?, ¿cuántos son hombres y cuántas son mujeres?, ¿con quién viven?, ¿en dónde habitan y en qué condiciones?, ¿cuáles son los retos y las preocupaciones que tienen? y ¿cómo consideran que es su vida? Estos son sólo algunos de los cuestionamientos, concentrados en los objetivos de este trabajo, que ponen en evidencia la necesidad de consultar fuentes de información de diversos tipos para ampliar el conocimiento sobre lo que se está investigando; por lo tanto, desde mi perspectiva, exponen la necesidad de realizar un ejercicio de articulación entre lo cuantitativo y lo cualitativo, es decir, hacer uso de un método mixto para la investigación.

1.1. El método mixto

La discusión sobre las diferencias entre lo cuantitativo y lo cualitativo han sido punto de debate dentro de las ciencias sociales, desde hace largo tiempo. La investigación cuantitativa, heredera del carácter positivista en el que se gestaron las ciencias sociales, que en un principio tenían como objetivo realizar una expresión concreta de lo social por medio de representaciones numéricas, se ha considerado como contraria a la investigación cualitativa, la cual se ha centrado en captar la calidad y la heterogeneidad de los hechos sociales que han sido de su interés. Esta oposición se ha relacionado directamente con la diferencia entre los alcances de lo micro y lo macro para el estudio de lo social (Blanco & Pacheco, 2001).

Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro (2000), profesores e investigadores del Colegio de Sonora, exponen las diferencias que se han captado y debatido de ellas y sobre ellas; se enfocan a sus aspectos paradigmáticos, es

decir, la manera en la que conciben la realidad; a sus características epistemológicas, los modos de acceder a ésta y el potencial de generar conocimiento válido; los aspectos teóricos, las formas en las que se comprende la realidad social y las relaciones que se dan dentro de ésta; los aspectos metodológicos característicos de cada una de ellas, las herramientas y técnicas que proponen y utilizan para aproximarse a su objeto de estudio, e incluso los aspectos éticos e ideológicos que permean su uso en la investigación de lo social.

Los autores, recuperando en su investigación el trabajo de Duncan Pedersen, sobre la polarización de estos enfoques, exponen tres estereotipos sobre el tema. El primero es el purista o segregacionista, el cual considera la absoluta incompatibilidad entre lo cualitativo y lo cuantitativo, ya que el posicionamiento epistémico y ontológico de cada uno los vuelve mutuamente excluyentes. El segundo estereotipo es el ecléctico, que considera la validez de cada enfoque, e incluso la posibilidad de que sean complementarios pero de manera paralela o secuencial. El tercero y último es el pragmático o integracionista, en donde se considera como falso el antagonismo entre los enfoques y se toman en cuenta las posibilidades de integración en la investigación de un mismo objeto de estudio (Pedersen, 1992 en Denman & Haro, 2000, p. 23).

Denman y Haro (2000), exponen como una falacia las posturas que consideran antagónicos los enfoques cualitativos y cuantitativos, ya que éstos se cruzan y se encuentran en los procesos de delimitación del universo en el que se halla el objeto de estudio, así como en la elaboración de los criterios de selección y exclusión de las variables a utilizar, y la definición de los tiempos y las técnicas que se usarán para recolectar datos, organizarlos e interpretarlos; sin embargo reconocen que existen peculiaridades dentro de cada uno de ellos. Al respecto, escriben:

El acento no está puesto en la aplicación de un método determinado o en el seguimiento de un diseño elaborado con categorías previas. Lo que es distintivo

de la investigación cualitativa es su carácter abierto y flexible en el diseño y en el hecho de que el investigador tiene la última palabra a la hora de culminar con su análisis, siendo los criterios de validez y confiabilidad mucho más críticos que un coeficiente estadístico y que descansan en la capacidad creativa del investigador (2000, p. 40).

Al considerarla así, la investigación cualitativa aparece como un proceso dialéctico, que va de lo abstracto de la teoría a lo concreto del dato para luego reformular la teoría, y si es necesario volver al campo para nutrir este proceso cuantas veces sea necesario y/o posible. *“Las particularidades de la perspectiva cualitativa estriban en que al dar cuenta de las diferencias más que las homogeneidades, y de las particularidades más que de las generalidades, los enfoques cualitativos inciden con mayor ahínco en los puntos débiles del llamado sistema social”* (Denman & Haro, 2000, p. 40). Para estos autores, lo cualitativo tiene un mayor potencial de cuestionar una realidad social, ya que cada dato es un hecho socialmente construido, aunque no niegan que lo cuantitativo también cuenta con este potencial, quizás a un nivel más macro; sin embargo, en ambos enfoques, la posibilidad de sesgo y la manipulación son una realidad, por lo que una vigilancia epistémica acompañada del compromiso de elaborar controles dentro de la investigación, son la única garantía de objetividad en el proceso de generación de conocimiento científico (2000, p. 41).

Una vez reconocida la posibilidad de la articulación entre el enfoque cualitativo y el cuantitativo, así como de los cruces que se dan entre ellos, es factible confirmar la viabilidad de una metodología mixta dentro de las ciencias sociales. Edith Pacheco y Mercedes Blanco (2002), investigadoras, exponen que a la propuesta de una metodología mixta se debe incluir la diferenciación entre métodos mixtos y modelos mixtos. Los primeros se refieren a la intención de combinar lo cualitativo y lo cuantitativo, especialmente en las fuentes de información; también exponen que los modelos mixtos se caracterizan por involucrar los dos enfoques, no sólo en las fuentes sino durante todas las etapas de la investigación, es decir, desde la delimitación del planteamiento del problema,

pero reconocen que son muy pocos los ejemplos de este tipo y afirman que es muy reciente la incursión en el primero (p. 490).

Al integrar diversas propuestas de autores que han trabajado el tema, Pacheco y Blanco (2002) presentan una clasificación según las diferentes formas de integración que se pueden dar en el método mixto, mismas que expongo a continuación:

Secuencial. Se trabajan por separado, una después de la otra y al final se realiza su combinación.

Paralelo o simultáneo. Se realizan al mismo tiempo las investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo.

Estatus equivalente. Se les concede el mismo grado de importancia en el entendimiento y explicación del objeto de estudio.

Enfoque predominante. Se hace uso de ambos enfoques, pero desde el comienzo se selecciona a uno como predominante y al otro como complementario (pp. 490 – 491).

En el caso de este trabajo se plantea el uso de un método mixto, es decir, se hará uso de dos fuentes de información, cada una identificada como parte de un enfoque particular, entre lo cuantitativo y lo cualitativo, pero serán utilizadas para llevar a cabo el análisis propuesto sobre calidad de vida de los adultos mayores, por lo que se considera un método mixto con estatus equivalente. A continuación se definen las unidades de análisis que lo conforman.

La parte cuantitativa se encuentra compuesta por información disponible en la base de datos del Censo Nacional de Población, elaborado por el INEGI en el año 2010, en el cual las unidades de análisis y observación quedaron establecidas en sus bases metodológicas como los residentes habituales del territorio nacional y las viviendas particulares y colectivas, además de que el tipo de levantamiento

fue de derecho o de jure, es decir, que se censó a la población en su residencia habitual (INEGI, 2011a, p. 3).

En coordinación con la parte cuantitativa, la sección cualitativa de la metodología de la investigación se encuentra compuesta por una serie de entrevistas semiestructuradas en donde la principal unidad de análisis son los individuos, es decir, adultos mayores afiliados a la Asociación Seccional de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del IMSS, sección XXXVII, Zona Toluca, “Nuevos Horizontes” A.C. En palabras de Steinar Kvale (2011, p. 34) *“Una entrevista semiestructurada del mundo de la vida intenta entender asuntos del mundo cotidiano vivido desde la propia perspectiva de los sujetos”*, por lo que mediante las entrevistas se pretende captar y analizar sus experiencias y los significados que otorgan a éstas con relación a su calidad de vida y su envejecimiento.

Cada una de estas fuentes de información cuenta con potencialidades y limitaciones para describir aspectos de la realidad social, pero su vinculación y articulación permite dar cuenta, de manera más amplia, de las características de ésta y de los fenómenos que se dan en ella, incluyendo los que son de interés en esta investigación. A continuación se expone cada una de ellas, identificando los motivos de su selección y uso, así como de sus aportes y restricciones a la investigación.

1.2. Los censos y la experiencia del 2010 en México

El Censo de Población y Vivienda 2010, diseñado y llevado a cabo por el INEGI, resalta como una de las fuentes de información más completa sobre las características de la población objetivo de este trabajo. Es por eso que es importante, en este primer capítulo, presentar datos sobre los censos, especialmente de la experiencia mexicana del 2010, reconociendo sus

antecedentes, objetivos y metas, así como sus ventajas y limitaciones al utilizar la información proporcionada.

Los censos poblacionales son herramientas para la obtención de información estadística sobre la población total de un país, pues permiten obtener datos sobre ésta a la vez que ubican su distribución en el territorio, ofreciendo así un panorama fidedigno de la realidad poblacional de cada nación y de las zonas o regiones que la integran. Es por medio de encuestas aplicadas en periodos delimitados y con una periodicidad amplia, por lo general, que se realizan las pesquisas de estos datos.

Actualmente, su importancia recae en que permiten, por medio de los datos recolectados y correctamente estudiados, conocer características sociodemográficas de la población e identificar las necesidades en materia de vivienda, educación, salud, servicios e infraestructura, por mencionar algunos elementos, así como situaciones de rezago social e identificación de grupos en situación de vulnerabilidad (INEGI, 2011a; 2011b).

Los diversos sectores sociales, como las instituciones estatales, gubernamentales y privadas, que acceden a la información ofrecida por los censos, pueden realizar diagnósticos sobre la población y/o grupos poblacionales específicos y, como se mencionó antes, identificar situaciones de ventaja y desventaja, así como necesidades particulares, utilizando como base esta información para generar diagnósticos, planes de acción y llevar a cabo el diseño e implementación de proyectos y políticas públicas y sociales e, incluso, evaluar los ya aplicados.

En continuidad, Chackiel (2002) expone que para el año 2000 los censos en América Latina, realizados con regularidad en la región, se enfrentaban a varios retos, unos rezagados y otros nuevos, algunos vinculados con el desarrollo tecnológico, otros relacionados directamente con las transformaciones dentro de

los Estados de la región e, incluso, en la dinámica de las poblaciones en términos demográficos, sociales y culturales.

Entre los múltiples retos identificados se encuentra la incorporación de enfoques especiales dentro de las fuentes de datos, los cuales permiten monitorear el avance en el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos, es decir, la posibilidad de que los censos capten información sobre los cambios en las condiciones de vida y el cumplimiento de derechos de determinados grupos sociales, dentro de los que han destacado las mujeres, los pueblos indígenas y afrodescendientes (Schkolnik, 2010).

La necesidad y la importancia de incorporar estos enfoques se sustentan en la demanda de flexibilizar las posibilidades de los censos para recuperar datos útiles sobre la realidad de un país, reconociendo los avances en materia de derechos humanos, sin perder continuidad histórica y potencial de generar insumos que puedan ser comparables nacional e internacionalmente. Es importante mencionar que aún existen grupos poblaciones y sociales con características peculiares, en camino de obtener visibilidad y reconocimiento ante y dentro del Estado, las instituciones gubernamentales, la academia y la sociedad en general, como son los niños, los jóvenes y los adultos mayores.

Los retos y desafíos, como la incorporación de enfoques que den cuenta de las transformaciones suscitadas dentro de la población, así como la reflexión sobre los elementos que intervienen en el desarrollo de los censos y los que podrían volverlos más eficientes, varían en cada país. Prestarles atención, considerando las características particulares, puede generar información básica de mayor calidad, que funcione como base en el logro de metas para el desarrollo social de todos los grupos que conforman la población.

En México, del 31 de mayo al 25 de junio del 2010, se realizó el Censo de Población y Vivienda 2010, el cual puede ser considerado como parte del mayor

proyecto estadístico del país, ya que la información que recopila permite dar cuenta de la situación sociodemográfica en México, a la vez que expone sintéticamente las principales características socioeconómicas de la población (INEGI, 2011c).⁴

Las labores de diseño y planeación de este ejercicio comenzaron desde el año 2007, con el análisis de experiencias anteriores, no solamente del Censo de Población y Vivienda, sino también del Conteo de Población y Vivienda del 2005, y de Censos Agropecuarios y Económicos realizados en el periodo entre censos, con el objetivo de identificar aspectos técnicos, metodológicos y conceptuales que podrían mejorar el ejercicio del 2010. De igual forma, se revisaron y evaluaron las recomendaciones internacionales generadas y difundidas por la ONU y por otros organismos como la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otras, sobre la ronda censal del 2010, es decir, para todos los países que han asumido compromisos ante estos organismos y que en este año realizarían el ejercicio estadístico (INEGI, 2011a).⁵

En el proceso mexicano se mantuvo durante la etapa de planeación, la comunicación con instituciones y organizaciones, tanto del ámbito público como privado, con el objeto de captar opiniones, propuestas y sugerencias relacionadas

⁴ Los antecedentes del conteo de población en México, como ya se mencionó, se extienden a tiempos prehispánicos, aunque es hasta 1895 cuando se realizaron ejercicios estadísticos a nivel nacional, y como parte de una política estatal. En el año 1900 se generó el segundo ejercicio de este tipo y, a partir de ese momento, se han efectuado cada 10 años, con la excepción del periodo revolucionario, cuando se realizó en 1921; además, con el objetivo de proporcionar información más acertada y en periodos más cortos, a partir de 1995 se realizan conteos de población y vivienda. El INEGI (2011a) indica que esta periodicidad censal otorga a la sociedad mexicana y a sus instituciones, información estadística de manera regular y siempre disponible, permitiendo conocer las transformaciones de la población y de sus condiciones de vida, y haciendo posible que los sectores que acceden a esta información puedan tener procesos de evaluación y toma de decisiones más acertados.

⁵ Para la realización del censo se siguieron ciertas recomendaciones internacionales, expuestas principalmente por la ONU. En éstas destacaron el empadronamiento individual, es decir, información de todos los ocupantes de cada vivienda; la universalidad, característica que se refiere a la necesidad de abarcar la totalidad del territorio, las viviendas y las personas; la simultaneidad, donde la información del censo debe referirse a un mismo momento y periodo, con el fin de disponer de información comparable que permita evaluar el pasado, describir la situación actual y realizar pronósticos. Por último, el uso de muestreo, que correspondió a la aplicación de dos cuestionarios (INEGI, 2011a).

con el contenido temático de los cuestionarios, y con el cometido de lograr consenso entre los diseñadores del censo y los usuarios de la información (INEGI, 2011a); no obstante, uno de los principales marcos para definir las temáticas fue la necesidad de cuidar su comparabilidad histórica para así poder visualizar y analizar cambios y tendencias. Aún así, el enfoque conceptual de los temas tratados fue revisado y, en varios casos, actualizado.

Una vez superadas estas etapas, se llevaron a cabo ejercicios de prueba para evaluar la funcionalidad de los cuestionarios, con el fin de identificar y corregir fallas en los instrumentos y en los procedimientos. Ante la imposibilidad de integrar todos los temas y variables en una sola boleta, para garantizar la calidad de la información, se tomó la decisión de generar dos tipos de cuestionario: uno básico, compuesto de 29 preguntas; y uno ampliado, con 75 preguntas, incluyendo las del cuestionario básico. Por medio de un ejercicio probabilístico se seleccionaron 2.9 millones de viviendas en las que se realizó el formato amplio (INEGI, 2011b, p. X).

Los objetivos principales del censo, según lo publicado por el INEGI, fueron contar a la población residente del país, actualizar la información sobre sus principales características demográfica y socioeconómicas, ubicar su distribución en el territorio nacional, enumerar a las viviendas y captar datos sobre sus características básicas; enriquecer la serie histórica de información, y generar insumos para la elaboración de proyecciones de población (INEGI, 2011c).

Las principales metas establecidas fueron realizar una enumeración exhaustiva de la población y las viviendas existentes en el país, así como ahondar en el conocimiento de temas considerados prioritarios durante el diseño, como la vivienda y la migración, esto por medio de la aplicación del cuestionario ampliado. Al mismo tiempo, se propuso obtener información óptima y de calidad, y entregar los resultados de manera oportuna (INEGI, 2011c).

La cobertura geográfica es nacional y considera diversas variables dentro del cuestionario, que hacen posible generar indicadores para un desglose geográfico de la información que está disponible a nivel nacional, por entidad federativa, por municipio o delegación, y por localidades de 50 mil o más habitantes (INEGI, 2011a); además, la información censal tiene una cobertura temporal que va desde los datos disponible de 1985 hasta 2010.

Como se ha resaltado a lo largo de esta sección, la información que los censos proporcionan es útil para describir, de manera fidedigna, la situación de la población en un país, en un momento determinado, pero también para realizar comparaciones e identificar así transformaciones y procesos en la dinámica sociodemográfica. Considerando que no son fenómenos aislados, la información recabada en este corte trasversal es sensible a cambios en lo social y en lo cultural, de las poblaciones estudiadas.

Las propias características del censo del 2010, así como las experiencias estadísticas que le precedieron, permiten realizar estudios sobre grupos específicos con cualidades que los enmarquen, como la edad, el sexo, su pertenencia étnica, e incluso su ubicación geográfica. Por ello, para la presente investigación resulta esencial hacer uso de los datos del Censo de Población y Vivienda del 2010, ya que es posible seleccionar de la muestra total a las personas de 60 años y más, y generar indicadores que, con el trabajo teórico apropiado, puedan ayudar a describir sus condiciones de vida en el contexto mexicano, y ser material para constituir un enfoque que los visibilice como sujetos, con características y necesidades específicas pero, sobre todo, con derechos.

1.3. Las entrevistas como método de investigación

Durante el diseño de una investigación social, una vez establecidos los intereses y los objetivos se debe distinguir muy bien qué es lo que se quiere conocer y qué parte de la realidad social se quiere interpretar, así como los alcances y limitantes

del investigador, y diseñar los mecanismos y herramientas que serán utilizados para alcanzarlos, es decir, se define la metodología (Taylor & Bogdan, 1987).

Natalia Vega, investigadora de la Universidad del Litoral en Argentina, expuso lo siguiente: “(...) *siempre debe distinguirse si lo que se pretende reconstruir son acontecimientos, procesos sociales o interesa aprehender la dimensión subjetiva del actor: sus vivencias y su universo de sentido*” (2009, p.1). En el caso de esta investigación, al pretender captar y conocer no sólo la situación de los adultos mayores sino también cómo perciben su calidad de vida y su propio proceso de envejecimiento, resulta pertinente hacer uso de herramientas que den cuenta de estos elementos, enriqueciendo la información que proveen otras fuentes, en este caso, el censo. Es así que se propone el uso de los testimonios orales para poder acceder a este universo de sentido.

Las entrevistas, como fuente de información, son ubicadas en el conjunto de metodologías de enfoque cualitativo. Pueden ser definidas como mecanismos de aproximación al conocimiento sobre un aspecto de la realidad social, por medio de la interacción verbal entre dos sujetos, un entrevistador y un entrevistado o informante; el primero propone temas y el segundo produce y/o expresa respuestas (Callejo, 2002; Taylor & Bogdan, 1987). La información obtenida en una entrevista es de carácter pragmático y, como tal, no es de carácter puro o simple pues está determinada por la construcción que los sujetos hacen de su realidad, basándose en sus experiencias dentro de ella.⁶

Las entrevistas son legatarias de diversos enfoques, uno de ellos es el interaccionismo simbólico pues, como ya se mencionó, reconocen el carácter pragmático de la información y también el carácter social de los significados que otorga el sujeto a las cosas que lo rodean, el cual es generado, reproducido y

⁶ Gabriela Merlinsky, investigadora de la Universidad de Buenos Aires, menciona al respecto: “*Cuando asumimos el papel de entrevistador debemos lidiar con la cuestión del significado y la forma en que los sujetos atribuyen significado a través de la interacción social. Ello implica recordar algunos principios básicos del “interaccionismo simbólico” y de la etnometodología que nos permiten acotar práctica como entrevistadores en relación a lo que puede ser conocido*” (2006, p. 29).

hasta modificado en la interacción con otros, y en su propio proceso de asimilación. Merlinsky (2006, p. 27) identifica otro enfoque teórico dentro de las entrevistas, a la etnometodología y su análisis del 'lenguaje natural', el que da o provee de sentido a lo que los demás hacen y dicen. Aun con estas características existen diversos matices y posturas que permean los diferentes tipos de entrevista, todas útiles para la generación de conocimiento pero no útiles para todo tipo de investigación.

Por un lado se encuentran las entrevistas estructuradas, las cuales son más apropiadas para el análisis estadístico. Los cuestionarios son los mismos para todos los informantes, así como el orden de las preguntas, mismas que pueden ser una combinación de estilos: cerradas y con respuestas establecidas, como "sí, no, no sé"; o abiertas y/o de elección múltiple. Resulta importante considerar que la posibilidad de acceder y aprehender de la realidad social y el universo de sentido del entrevistado, se puede ver truncada porque los términos de las preguntas privilegian la interpretación del entrevistador (Vega, 2009).

El segundo tipo de entrevista es la de carácter abierto, en donde las interrogantes planteadas para alcanzar los objetivos son solamente pautas provisionales, que en el desarrollo de la entrevista pueden dejarse de lado para ir realizando preguntas encadenadas, surgidas en el mismo proceso de ésta. *"Así se va construyendo un tipo de diálogo en el que el entrevistador mantiene una actitud que los antropólogos llaman de 'atención flotante' y que supone no privilegiar ningún punto del discurso de antemano"* (Vega, 2009, p. 2). Al igual que en las otras fuentes de información expuestas, se requiere de una vigilancia epistémica constante, con el objetivo de identificar y profundizar en los elementos que permitan un mayor acercamiento y universo a conocer. No existen categorías predeterminadas, éstas surgen dentro del mismo contenido de la entrevista.

El tercer tipo de entrevista, la semiestructurada, recupera elementos de los previos. En este ejercicio existe un guión prediseñado, en el que se incluyen las

temáticas y los cuestionamientos considerados pertinentes para la investigación; sin embargo, se admite la posibilidad de hacer de lado dicha guía, en el caso de que durante el desarrollo de la entrevista aparezcan elementos no previstos y relevantes para el análisis, y se encuentren dentro los límites del tema definido (Vega, 2009).

Un aspecto necesario a considerar sobre la utilización de las entrevistas, es la posibilidad de ser realizadas de manera individual o grupal, es decir, tener uno o más de un informante en cada uno de los ejercicios efectuados. Al igual que en otras etapas de la investigación, es en función de los objetivos, intereses, potencialidades y recursos del proyecto que se toma esta decisión, pero también las características de los sujetos; por ejemplo, al proponerse alcanzar el universo de significado de los sujetos, puede ser que la manera no sólo en que los entienda sino en que los exprese, dependa concretamente de sus relaciones con otros. Natalia Vega (2009) expone brevemente el caso de los pueblos originarios de América, en donde las entrevistas comunitarias son una alternativa; otro ejemplo es el de los Grupos de Discusión, en donde el investigador selecciona a los informantes y organiza sesiones de charla en las que se externan e intercambian opiniones y comentarios, los cuales serán considerados materia prima para el estudio.

Existen recomendaciones para llevar a cabo entrevistas, muchas de carácter instrumental e, incluso, hasta protocolario, pero todas necesarias para garantizar la calidad de la información. Como ya se mencionó, la vigilancia epistémica, al igual que en las otras herramientas metodológicas expuestas, es siempre necesaria porque ahí se encuentra la respuesta de qué tipo de entrevista es la idónea para cada proyecto de investigación, cómo debe ser seleccionada la muestra de informantes, y a cuántos será pertinente entrevistar. Es necesario generar ambientes de confianza y entendimiento, por lo que en todo momento se debe hacer uso de un manejo de expresión amigable para facilitar la relación entre entrevistado y entrevistador y, por lo tanto, el flujo de información. (Vega, 2006;

Varguillas & Robot, 2007; Taylor & Bogdan, 1987). Callejo (2002), sociólogo y periodista de la Universidad Complutense de Madrid, considera y expone que la información captada en las entrevistas también puede tener un carácter de confesión, lo cual le permite al informante expresar libremente sus actividades, pensamientos y opiniones, para generar confianza. Los entrevistados tienen derecho a conocer las características del proyecto en el que están participando y, por supuesto, tienen derecho a la confidencialidad y a parar en el momento que así lo decidan.

Para alcanzar los objetivos propuestos en este proyecto se ha planteado el uso de un Método Mixto, compuesto por la información del Censo de Población y Vivienda del 2010 y una serie de entrevistas semiestructuradas, con el fin de elaborar un diagnóstico sobre las condiciones de vida y la calidad de ésta en el grupo de los adultos mayores. Se hará uso de los datos que reflejen sus características como un sector importante de la población y también se incorporará su voz, elemento que refleja sus características como sujetos y enriquece ampliamente los temas tratados en la presente investigación.

Capítulo 2. Evaluación cuantitativa de la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Estado de México

El envejecimiento poblacional es un fenómeno complejo y multidimensional por tener diversas causas y consecuencias demográficas, sociales, económicas y políticas. Son varias las disciplinas que se han aproximado al fenómeno y han hecho uso de sus enfoques teóricos y herramientas metodológicas para describirlo y analizarlo; además, las unidades de análisis del tema también se han diversificado de acuerdo con los avances en las discusiones teóricas y en las mediciones metodológicas del fenómeno.

Una de las dimensiones analíticas que ha destacado en las investigaciones sobre el envejecimiento, por su capacidad para articular el fenómeno en sus características individuales y poblacionales, así como por su relevancia para el diseño e implementación de políticas públicas, es la calidad de vida, concepto que relaciona factores y elementos socioculturales, socioeconómicos, sociomédicos, afectivos y relacionales, que intervienen en la capacidad de los sujetos para desarrollar su vida de manera activa, con salud y autonomía (García Camacho, 2007).

Desde un punto de vista teórico, la calidad de vida ha llegado a ser entendida como un elemento compuesto por aspectos objetivos y subjetivos. Rossella Palomba (2003), recuperando el trabajo de Glatzer y Zapf (1984), la define como un término multidimensional del bienestar donde las condiciones de vida objetivas son satisfactorias y con un alto grado de bienestar subjetivo; incluida, además, la satisfacción individual de las necesidades y el bienestar colectivo (1984 en 2003, p. 255). Dichos elementos pueden ser abordados de formas distintas, para su medición y análisis.

En el plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, realizado en el 2002, se expuso la importancia de la medición de la calidad de vida

por considerarla un elemento que atañe no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias, su comunidad, al conjunto de la sociedad y al Estado. Por lo tanto, su estudio ha comenzado a tener mayor relevancia pues se reconoce su potencial para la evaluación de los programas y políticas existente que están enfocadas a los adultos mayores, con el fin de garantizar seguridad y dignidad en el proceso de envejecimiento individual y asegurar la participación de los viejos como ciudadanos, con derechos y obligaciones en su sociedad (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2006).

Con el objetivo de realizar una evaluación de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores en el Estado de México, jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la presente sección se analiza una serie de indicadores de condiciones objetivas de vida de la población de 60 años y más, de la entidad mexiquense, con el fin de presentar un panorama de la situación en el estado.

Dichos indicadores fueron generados con información recabada en el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI, y el Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez desarrollado por el CELADE (2006), el cual tiene como marco de referencia dos acuerdos internacionales: el Plan de Acción Internacional de Madrid, del que ya se hizo referencia, adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002, y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe. Dicho manual tiene como objetivo principal aportar herramientas teórico-metodológicas para la medición de la calidad de vida en la vejez, en los ámbitos de la seguridad económica, la salud y entornos propicios y favorables, esto desde una perspectiva principalmente cuantitativa. Respecto a los aspectos subjetivos, en el manual se indica que no se profundiza en este elemento de la calidad de vida ya que “(...) *se pretende apoyar el cálculo e interpretación de indicadores específicos que retroalimenten la toma de decisiones en relación a las personas mayores en los países de la región*” (2006, p.17). Sin embargo, desde el enfoque teórico metodológico de este trabajo de investigación, se sostiene la relevancia y validez de lo cuantitativo y lo

cualitativo, como se discute oportunamente en el apartado metodológico, así como la posibilidad de articularlos en la elaboración de diagnósticos que resulten útiles para la formulación de políticas públicas y proyectos sociales.

Se trabajó con la base de datos del cuestionario ampliado del censo, puesto que en el diseño de éste, a diferencia del cuestionario básico, se incorporaron temáticas que brindaban información pertinente para el desarrollo de los indicadores de calidad de vida; además, se aplicó un filtro de edad en la base de datos para trabajar únicamente con el grupo poblacional de 60 años o más de edad, residente en el Estado de México, lo cual dio como resultado una muestra total de 71 880 personas adultas mayores, además, para garantizar la validez y representatividad de este dato se aplicó el factor de ponderación, lo cual dio como resultado un estimado, a partir de la muestra, de 1,180,245.

Los indicadores se encuentran organizados en los siguientes grupos, propuestos por el CELADE y siguiendo lo establecido en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2006): **Demografía del envejecimiento; Seguridad económica en la vejez; Salud y bienestar**. Para su procesamiento y análisis se utilizó el programa *Statistical Product and Service Solutions [SPSS]*, versión 21.

2.1. Demografía del envejecimiento en el Estado de México

En los países latinoamericanos se han dado profundas transformaciones en la dinámica demográfica y en la vida social. La reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad han caracterizado el inicio del proceso de la transición demográfica, estableciendo la pauta para el proceso de envejecimiento poblacional, que en la región no es homogéneo entre las naciones ni dentro de ellas.

Rodolfo Tuirán menciona que dicho fenómeno, la transición demográfica, en interacción con otros, ha tenido un papel determinante en el conjunto de transformaciones que se han dado en las sociedades, influyendo en el curso de

vida individual “(...) y en consecuencia, a la multiplicación de eventos, acontecimientos, dependencias y relaciones individuales y sociales en diferentes dominios institucionales y esferas de actividades” (Tuirán, 2002, p.26). Haciendo uso de esta perspectiva, en esta sección se trabajan una serie de indicadores con los que se presentan características sociodemográficas de la población, como la composición por grupos de edad, distribución por sexo, estado civil, nivel educativo, por mencionar algunas, y su relación con la calidad de vida.

El espacio geográfico delimitado en este proyecto de investigación es el Estado de México, el cual destaca por ser una de las entidades en donde se ha dado un notorio proceso de crecimiento poblacional; en 1940 ocupó el séptimo lugar a nivel nacional, en 1960 estuvo en el quinto y pasó al segundo lugar con 7.6 millones de habitantes en 1980 (Jarquín, Miño & Cadena, 2011:182). Para el año 2010, según los datos del censo, el estado tenía una población de 15 175 862 habitantes, 13.5% del total de la población nacional (INEGI, 2011d:74), por ello está considerada en el primer lugar como la entidad más poblada de México.

Jarquín, Miño y Cadena (2011) mencionan que el dinamismo de la población en la entidad se debió al marcado descenso en la mortalidad, especialmente en la población infantil, así como la tendencia al desplazamiento intrametropolitano, favoreciendo el proceso de concentración en zonas urbanas, marcando las pautas de su envejecimiento poblacional. Verónica Montes de Oca (2009), investigadora, destacó que para finales de la década pasada en la entidad se concentraba un número aproximado al millón de personas con 60 años y más. *“En términos absolutos, es la entidad con más número de personas adultas mayores en el país”* (2011, p. 310).

Jorge Vujosevich (2009), sociólogo, expone que con la modernidad se establecieron etapas vitales conforme cambios económicos y sociales, es así que niñez, adolescencia, mediana edad y vejez se encontraban limitadas y definidas por criterios de edad cronológica. Actualmente no ocurre así, en palabras del

autor: *“Las distinciones entre unas etapas y otras son cada vez menos claras”* (2009, p.7). Las transformaciones y acontecimientos sociales, económicos, políticos, culturales, han establecido una situación en la que se están reformulando categorías, como es el caso de los roles sociales, incluyendo a la vejez.

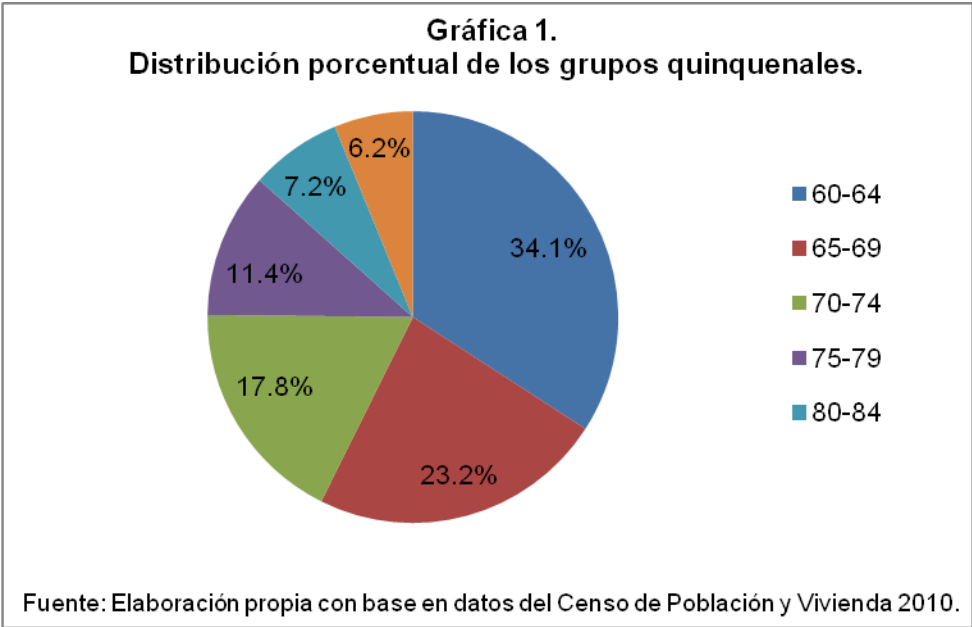
En la población mayor aparece el grupo de los viejos jóvenes, individuos mayores de 60 años que aún cuentan con varias décadas de expectativa de vida, las cuales no necesariamente se encuentran delimitadas por eventos como la jubilación y el retiro o el declive físico. Alexandre Kalache, quien fue responsable del programa de envejecimiento de la OMS y pionero del ideario del envejecimiento activo, ha desarrollado el término “gerontoescente” para designar a este periodo en el que se da una transición entre la edad adulta y la vejez. El doctor comenta lo siguiente: *“(…) ya no eres el adulto de antes, pero no has perdido las suficientes facultades como para no mantenerte activo y autónomo”*.⁷ Nos encontramos ante el reto generacional de reconocer la posibilidad y el derecho de esta población, de mantenerse activa y presente en la vida en sociedad, reformulando así la categoría de la vejez y lo que esta conlleva a nivel individual y social.

Como se puede apreciar en la gráfica 1, la población de 60 o más en la entidad, se concentra en el primer grupo quinquenal, “60 – 64”, con 34.1% respecto al total de la población, es decir, el grupo que puede ser considerado joven o “gerontoescente” tiene el peso más significativo en la población de adultos mayores en el Estado de México. Más de la mitad es menor de 70 años y, como ya se mencionó, tienen una esperanza de vida que en coordinación con sociedad y Estado puede ser activa y encaminada a vivir no en una situación de protección sino de ejercicio de nuevos roles y derechos sociales, incluyendo sin duda a los sectores de edad más avanzada, grupos más reducidos pero con mayor vulnerabilidad en materia de seguridad y protección social, especialmente las

⁷ Entrevista realizada al Dr. Kalache por Jaime Prats, El País, junio 2013.

mujeres, quienes tienen menores posibilidades de tener acceso a algunos de los sistemas de seguridad social estatal, por problemas de inequidad de género arraigados en nuestra cultura y sociedad (Aparicio, 2002).

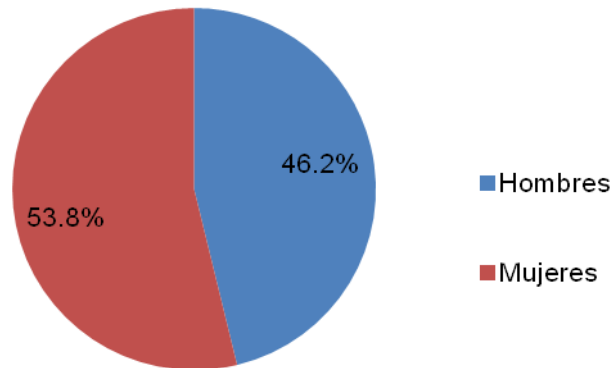
Enfocándonos en la estructura por edad de la población mexiquense mayor de 60 años, y estableciendo grupos quinquenales para el año 2010, la población queda distribuida de la siguiente manera:



“*La vejez mexiquense tiene rostro de mujer*” (Montes De Oca, 2009), es una premisa obligada al estudiar el envejecimiento en la entidad pero también en el país, pues existe una inercia demográfica hacia la feminización de la población envejecida, debido a la existencia de una mayor sobrevivencia de mujeres, caracterizada por la mayor expectativa de vida de este grupo poblacional (véase la gráfica 2). Del total de personas de 60 años o más de edad, 53.8% son mujeres; en todos los grupos quinquenales el porcentaje de mujeres es superior al 50%, y se incrementa conforme aumenta la edad; destaca el grupo “85 y más”, en donde el porcentaje de mujeres es de 59.1%.⁸

⁸ Anexo I. Gráfica I. Distribución porcentual por sexo en los grupos quinquenales.

Gráfica 2.
Distribución porcentual por sexo.



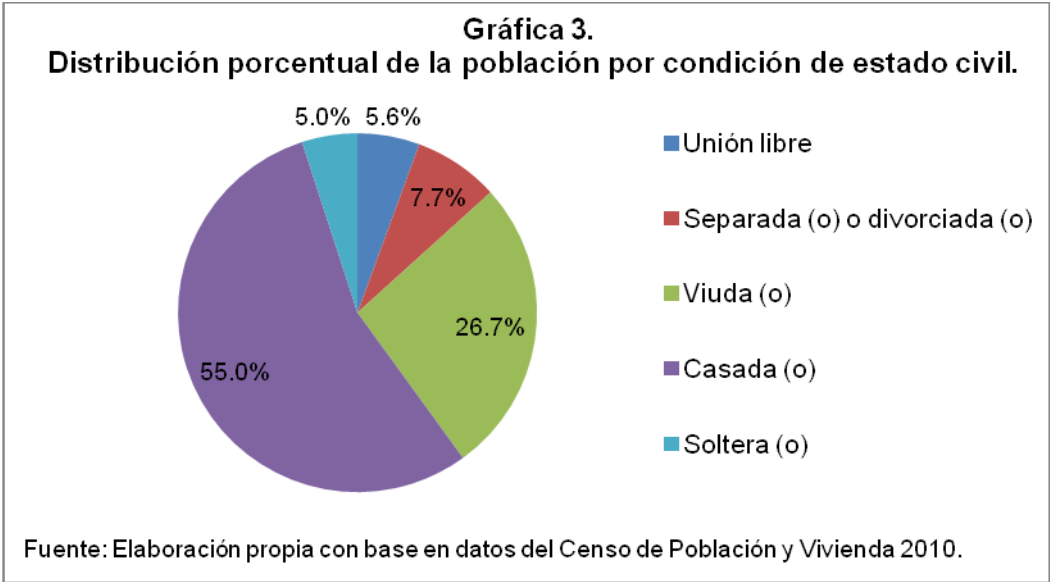
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

En esta investigación ha sido necesario incluir el enfoque de género al análisis de la calidad de vida de los adultos mayores, pues más allá de la base demográfica que puede existir, el género entendido como la construcción social basada en la diferencia biológica de los sexos, se ha expresado en relaciones de poder y subordinación durante toda su historia de vida, representado por normas, actividades y conductas esperadas, así como en oportunidades y retos (OMS en del Pilar Torres & Villagrán, 2010, p. 360). Al combinar el género y la edad, las posibilidades de comprender la vida y la situación de la población seleccionada aumentan, pues se reconoce que no ha sido ni es igual para hombres y mujeres.

Es así que durante el curso de vida, los elementos que lo marcan van forjando las condiciones de oportunidad y desventaja, seguridad y vulnerabilidad que se tendrán durante las diversas etapas de la vida, incluyendo el envejecimiento. *“Gran parte de las ventajas o desventajas en la vida adulta y adulta mayor tienen que ver con ese espacio que se ocupa o se ha ocupado en el tiempo de vida”* (Montes de Oca, 2009, p. 316). De acuerdo con esta perspectiva, la etnia, el alfabetismo, el nivel de instrucción y el estado civil aparecen, además

de la edad y el sexo, como variables a considerar para la caracterización sociodemográfica del Estado de México y la evaluación de la calidad de vida de la población analizada.

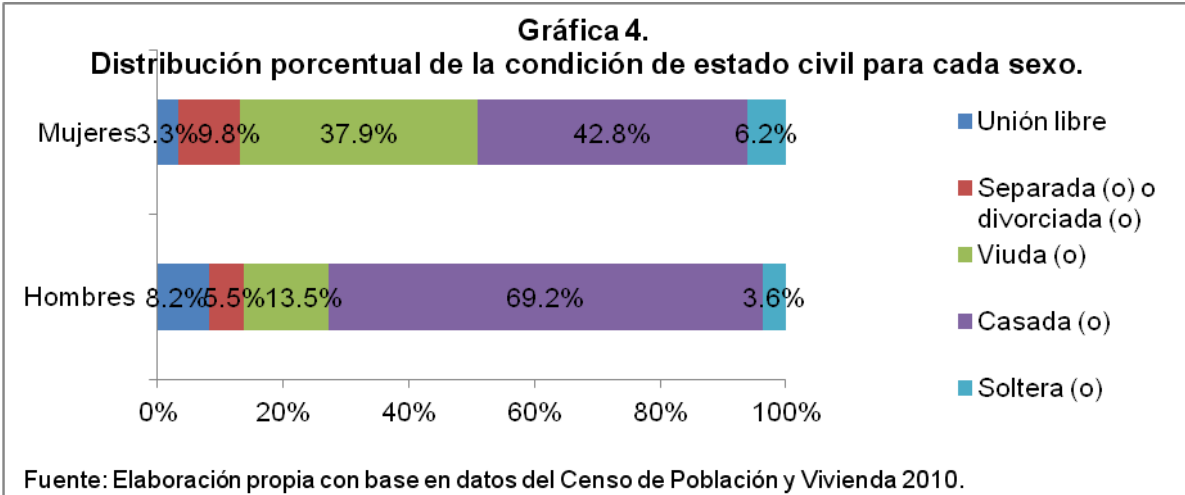
La condición de estado civil es una variable que provee información relevante sobre el curso de vida de los individuos, y ofrece un panorama acerca de las relaciones y redes de apoyo con las que el adulto mayor puede o no contar. Hoy en día, 55% del total de la población mayor de 60 años se encuentra viviendo en matrimonio (véase gráfica 3), 58.1% de ellos son hombres. Le sigue en relevancia, por porcentaje, la condición de viudez con 26.7% respecto al total; 76.5% son mujeres⁹ quienes tienen una esperanza de vida superior a los hombres, y un conjunto importante de ellas sobrevive a sus parejas sentimentales, sin ningún tipo de ingreso o de seguridad social (en algunos casos) que les garantice fluidez económica para cubrir sus necesidades o la posibilidad de atender su salud en alguna institución.



La gran disparidad entre el estado civil de hombres y mujeres también es apreciable desde el enfoque de la composición dentro de cada género en la

⁹ Anexo I. Gráfica II. Distribución porcentual por sexo dentro de los grupos con condición de estado civil.

gráfica 4, del total de hombres 69.2% está casado, mientras que del total de mujeres 42.8%; con respecto a viudez, 13.5% de los hombres adultos mayores se encuentran en esta condición, en el caso de las mujeres el porcentaje es de 37.9% del total. Esto ocurre por la relaciones de poder entre géneros, que aparecen durante el ciclo de vida; el rol de protector y proveedor del hombre ante el papel de subordinación de la mujer, así como la presente discriminación hacia las mujeres en el mercado laboral.

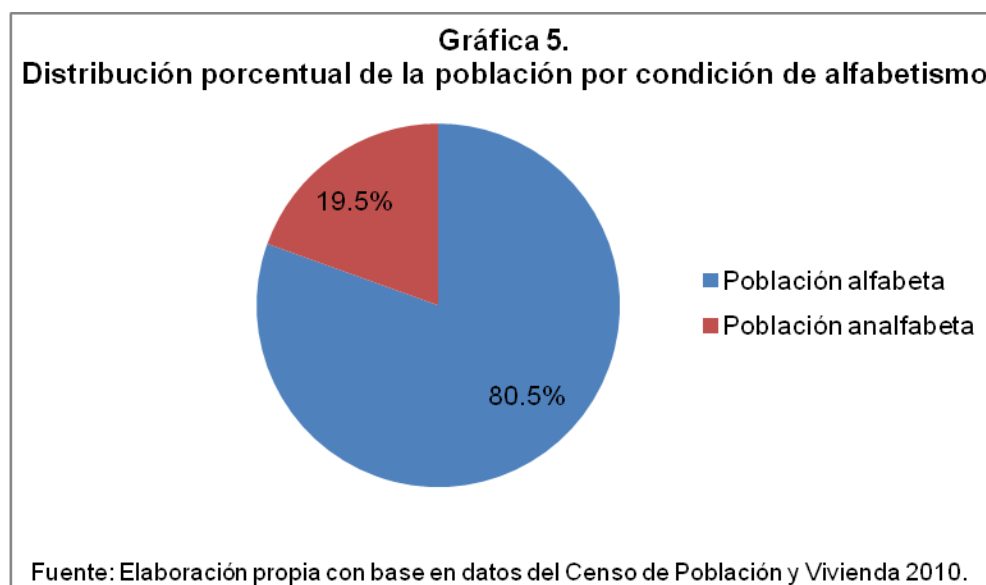


Otro de los elementos a considerar en el estudio de la calidad de vida es el alfabetismo, es decir, saber leer y escribir, pues su inclusión resulta importante no sólo para contar con elementos que permitan discutir el alcance y logros de la política de educación en el país, sino también porque revela información sobre la manera en que los individuos pueden interactuar y relacionarse con otros y con su entorno.

Fue en 1917 cuando en México el precepto de la educación laica, obligatoria y gratuita, adquirió un carácter constitucional. En 1921 se creó la Secretaría de Educación Pública, institución en la cual la política educativa de la federación comenzaba a centralizarse, y a dar un cambio al precepto pos revolucionario en donde el sector educativo quedaba en manos de los estados y

los municipios, siendo éste el caso de la entidad mexiquense (Jarquín, Miño & Cadena, 2011, p. 182). Sin embargo, los patrones culturales que han marcado la resistencia a la educación laica y que han dejado su impronta en el rezago educativo de las mujeres, además de la falta de infraestructura y las diferencias entre el desarrollo rural y urbano, así como los conflictos magisteriales y políticos, resultaron aspectos problemáticos para el desarrollo de la educación en el estado.

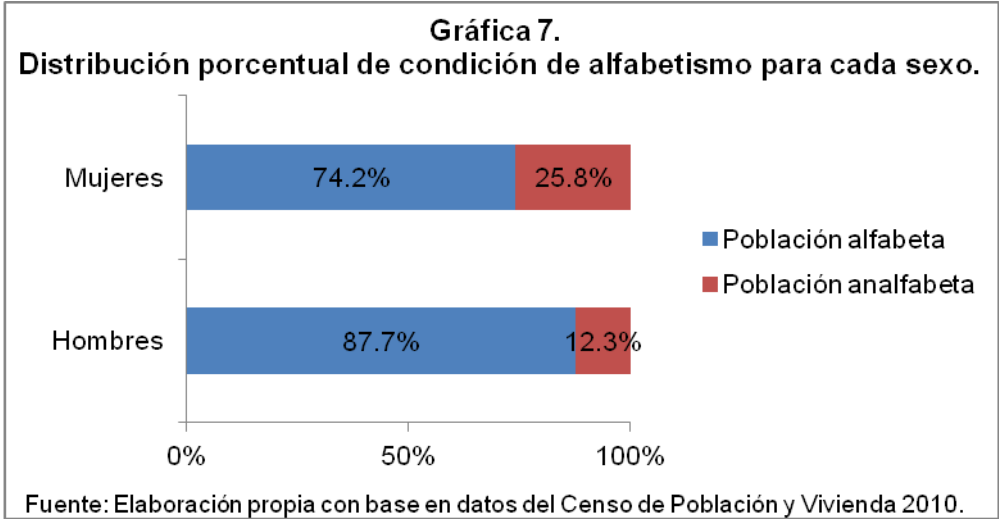
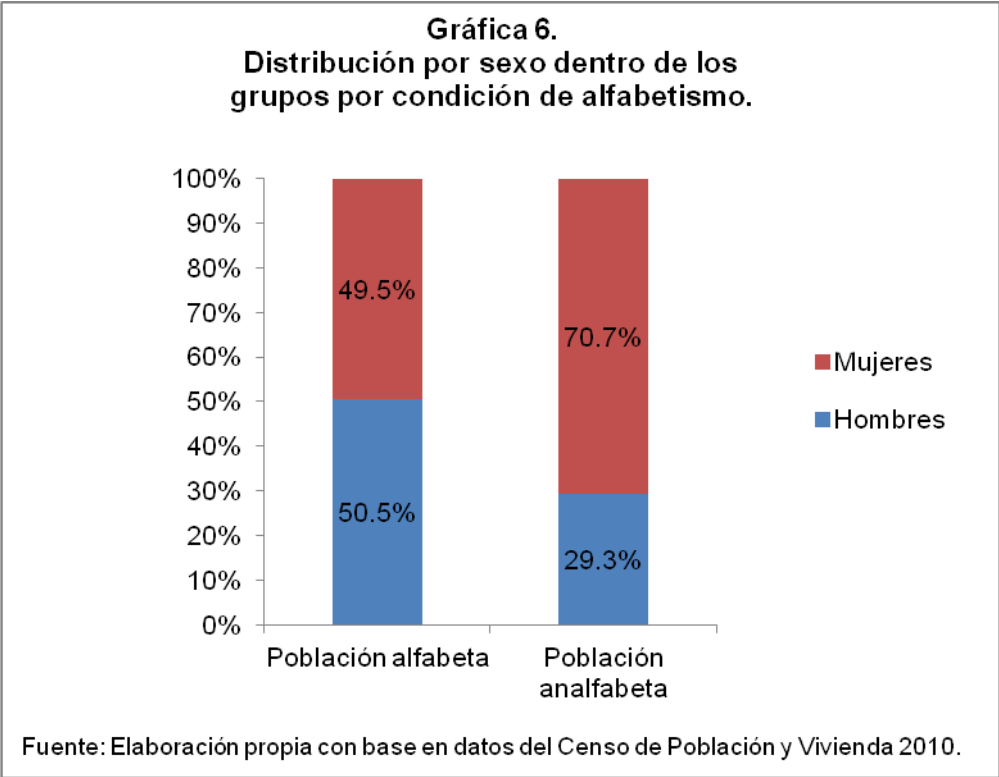
De acuerdo con el censo del 2010 se puede observar que 19.5% de los mayores de 60 años no sabe leer ni escribir; más del 60% se encuentran entre los 60 y menos de 75 años, es decir, la población que nació entre 1935 y 1950 y estaban en edades escolares cuando el proceso de alfabetización y de escolarización aún enfrentaba serios problemas (véase la gráfica 5). Durante el decenio 1940 – 1950,¹⁰ *“Del total de niños entre los 7 y los 14 años, 38% asistían a la escuela. El 62% restante no accedía al sistema escolar o había desertado”* (Civero Cerecedo & Beato King, 1998, p. 395).



Resalta el hecho de que 70.7% de la población analfabeta está conformada por mujeres (véase la gráfica 6); al llevar el análisis a los grupos por sexo,

¹⁰ Anexo I. Gráfica III. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro de los grupos por condición de alfabetismo.

contrasta que del total de hombres, 12.3% son analfabetas, mientras que 25.8% de las mujeres lo son (véase la gráfica 7); además, es importante mencionar que la consideración de la educación como un agente para potencializar el desarrollo individual era un valor incipiente para la sociedad en general, durante la infancia de los ahora adultos mayores.



Con respecto al nivel de instrucción, se consideró la información disponible en la base de datos del censo para generar un indicador basado en el nivel educativo alcanzando,¹¹ sin tomar en cuenta el grado o la conclusión del mismo, esto por considerar que de esta forma los datos ya brindaban información útil para estructurar el panorama sociodemográfico de la población seleccionada; sin embargo, otro tipo de estudios más especialidad puede ahondar más en los datos disponibles en el censo o en otros ejercicios estadísticos.

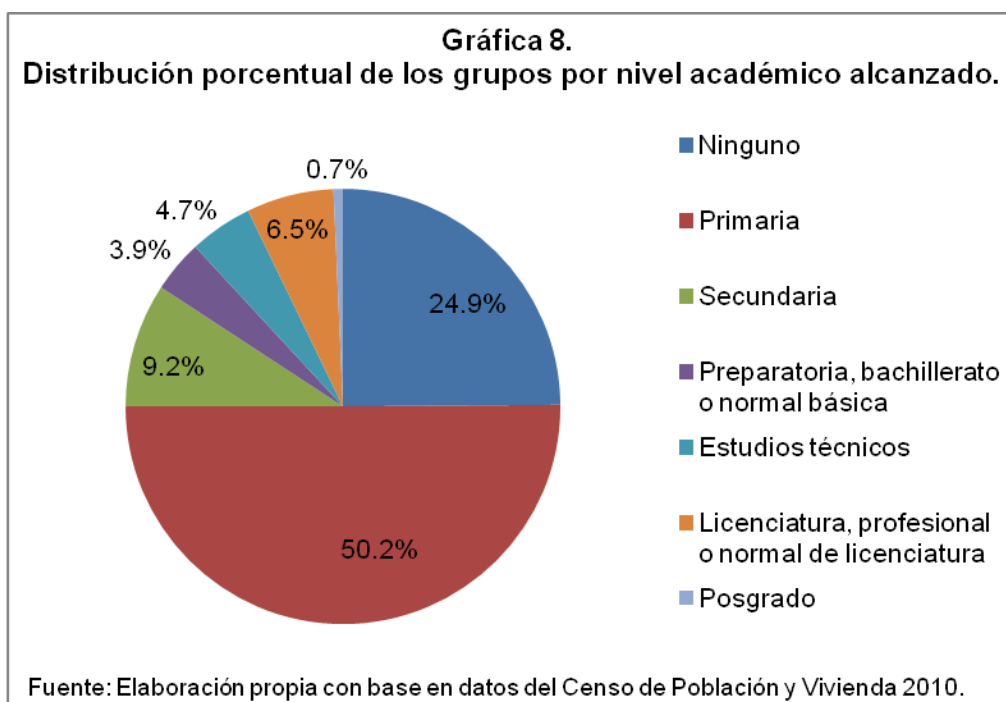
Civero y Beato (1998) expusieron que, después del periodo revolucionario, el desarrollo de la educación fue complejo pese a las campañas nacionales. En 1945 existían en la entidad 512 escuelas con apoyo federal, 503 eran primarias; no en todas éstas se impartían todos los grados, existían solamente siete secundarias, una escuela técnica y una profesional: el Instituto Científico y Literario en la ciudad de Toluca, capital del Estado. Sin duda, la educación mantenía un carácter elitista y sesgado por género.

Según los autores, Civero y Beato, la escuela preparatoria recibió impulso en la entidad hasta el momento en que el Instituto Literario se convirtió en la Universidad Autónoma del Estado de México en 1956, y la educación secundaria se expandió notablemente hasta 1970 (1998, p. 394). Mientras esto ocurría, la población de los ahora adultos mayores ya se había integrado al mercado laboral sin posibilidad alguna de pensar siquiera en la educación superior como una opción de vida.

Al observar la gráfica 8 es posible apreciar que tan sólo en el nivel de instrucción nulo y básico, o primaria, se concentra más del 75% de las personas con 60 o más años. El resto de los niveles educativos tiene una representación

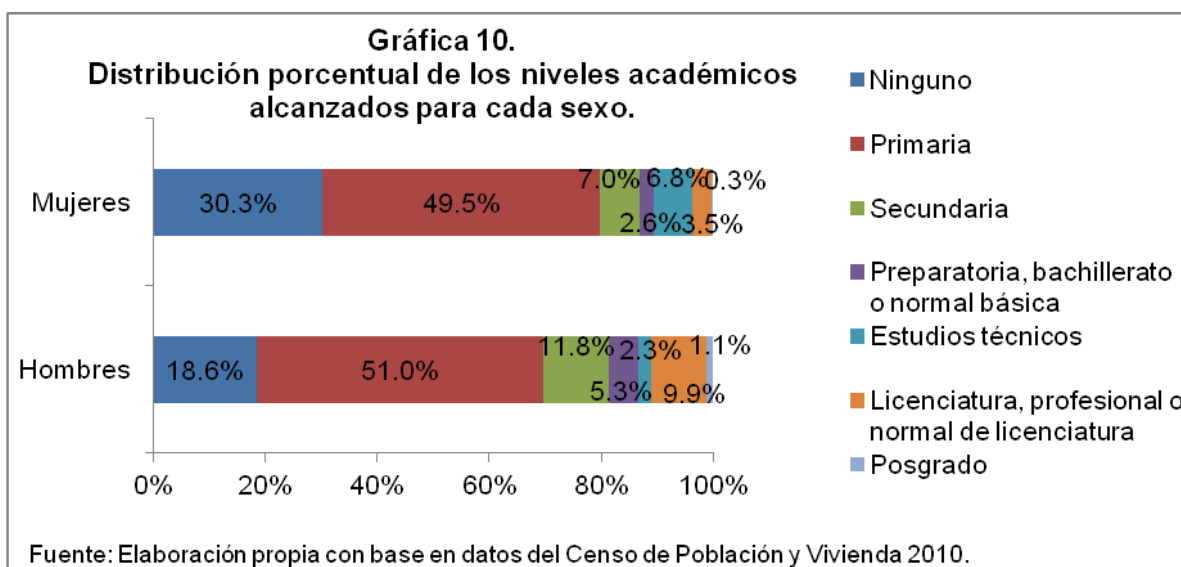
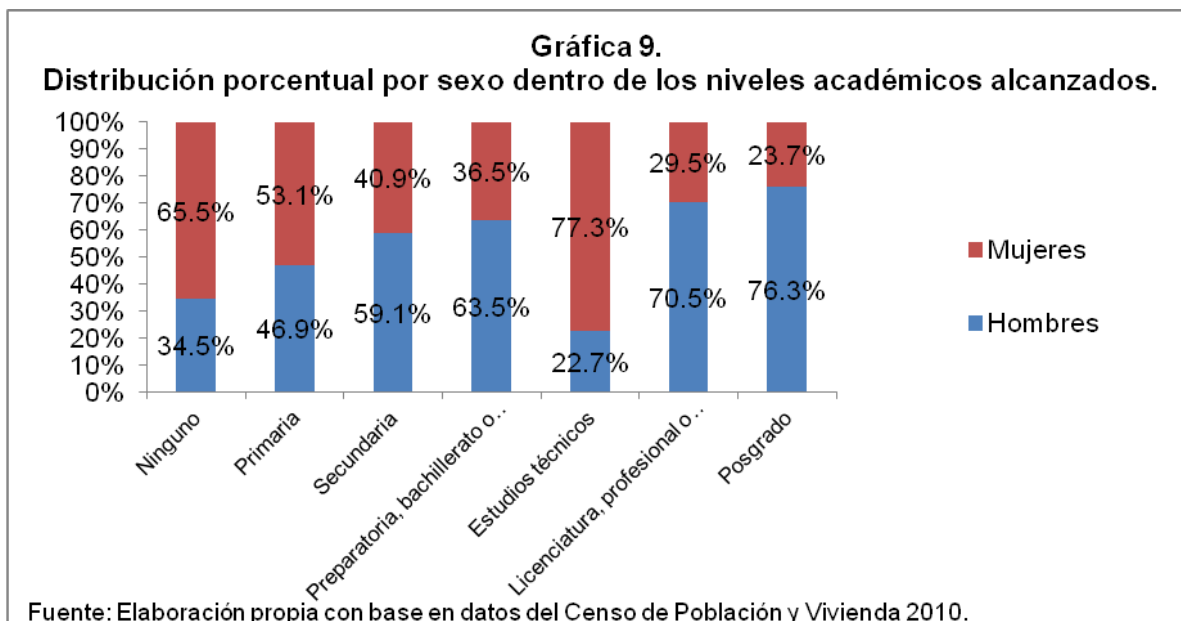
¹¹ En el indicador de nivel educativo alcanzado se integraron diversos niveles académicos considerados en el ejercicio censal, esto por considerar su relevancia estadística, así como su rol en el ciclo de vida de la población adulta mayor. Es importante considerar que el nivel Ninguno del indicador integra los datos para Ninguno y Preescolar; El nivel Estudios Técnicos incluye Estudios Técnicos o comerciales con primaria terminada, así como aquellos con secundaria y con preparatoria terminada; El nivel Posgrado integra estudios de maestría y doctorado.

baja en comparación con la carga porcentual de los primeros niveles; en el caso de persona adultas mayores con postgrado, es de 0.7%. Conforme aumenta la edad de los grupos quinquenales, se hace visible que fueron menores las posibilidades para acceder a la educación.¹²



Si se ven los niveles educativos por sexo se aprecia que existe una mayor presencia femenina en el nivel nulo y primaria como nivel educativo, 65.5% en el primero y 53.1% en el segundo (véase la gráfica 9). En el resto de los niveles, la presencia femenina es reducida con excepción del nivel de estudios técnicos, en donde con 77.3% representan mayoría.

¹² Anexo II. Tabla I. Distribución porcentual de los niveles educativos dentro de los grupos quinquenales.



También, al visualizar la composición por nivel educativo de cada sexo es posible apreciar al género como factor de inequidad en la sociedad, del total de hombres 18.6% se encuentra en la categoría ninguno, para el total de mujeres el valor es del 30.3% (Véase gráfica 10). La educación femenina en el pasado no era considerada una prioridad para la sociedad ni para el Estado, menos aún su profesionalización. En el caso de que se diera su incorporación al mercado de trabajo formal, las mujeres quedaban relegadas a ocupaciones técnicas, puestos y

funciones considerados exclusivos para el género femenino y con menor remuneración, además de que el trabajo doméstico y reproductivo quedaba completamente invisibilizado.

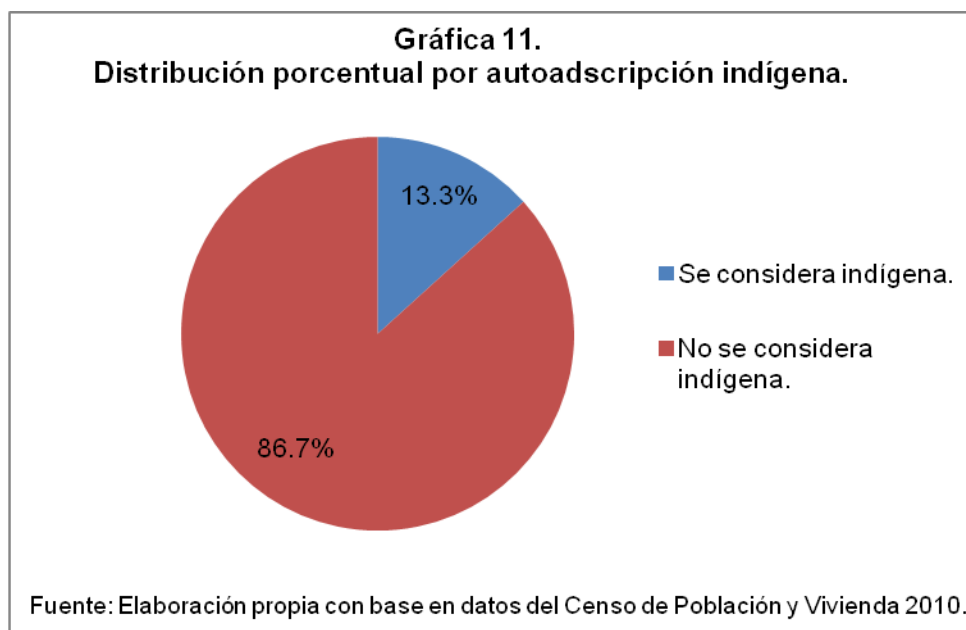
Las consecuencias de estos bajos niveles de escolaridad pueden colocar a la población con 60 años o más en una situación de mayor vulnerabilidad y dependencia hacia los demás (Montes de Oca, 2001). Con menor escolaridad aumentan las posibilidades de quedar marginados y marginadas a trabajos de baja remuneración y con pocas o nulas prestaciones económicas y sociales para garantizar su seguridad económica, residencial y de atención a la salud, por mencionar algunas, así como asegurar estabilidad, tranquilidad y autonomía, elementos que configuran teóricamente la calidad de vida.

Al exponer la situación de los adultos mayores y reconocer la heterogeneidad dentro del envejecimiento poblacional, resulta necesario considerar también la situación de los miembros de pueblos originarios, pues la definición de la calidad de vida a nivel poblacional e individual se ve permeada no sólo por cuestiones de género sino también por la pertenencia étnica; además, estos grupos han sido y son parte esencial de la población del Estado de México.

Con respecto a la medición del total de población indígena, el método para alcanzar a cuantificarlos ha variado. El criterio lingüístico prevalece, es decir, se considera la pertenencia indígena si son hablantes de alguna lengua indígena, pero también se comienza a considerar el reconocimiento de pertenencia a una etnia mediante la autoadscripción individual, o cuando es un jefe de hogar quien declara durante el ejercicio censal por el resto de sus familiares corresidentes (Zolla & Zolla, 2004).

En esta investigación, el auto reconocimiento es el método considerado para cuantificar a la población indígena con 60 años o más, por considerarlo de mayor fidelidad pues se basa en la evaluación subjetiva que realizan los individuos

sobre su identidad. El 13.3% del total de personas adultas mayores se consideró miembro de un pueblo originario¹³ (véase la gráfica 11) y más de la mitad de este grupo son mujeres, 54%.¹⁴



La distribución dentro de los grupos quinquenales es relativamente similar con respecto a la población que declara no ser indígena¹⁵, pero al incorporar una serie de indicadores aparece claramente la situación de marginación a la que históricamente han estado expuestos estos grupos (Campos Ortega en Szas, 1998). La exclusión social, económica, política y cultural, son elementos que han permeado su desarrollo individual y comunitario, así como su relación con su entorno. El Estado mexicano ha mantenido diversas posturas para tratar lo relacionado con la población indígena, pero ha destacado su incapacidad para integrarlos como sujetos dentro de un proyecto de nación.

¹³ Según los datos del INEGI, 2% de la población del Estado de México es indígena, considerando solamente a la población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena y no la autoadscripción (2001d).

¹⁴ Anexo I. Gráfica IV. Distribución porcentual por sexo dentro de la población de adultos mayores con autoadscripción indígena.

¹⁵ Anexo II. Tabla II. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro de los grupos con autoadscripción indígena y sin ésta.

En términos de educación, 38.3% de la población de adultos mayores, miembros de pueblos originarios, no sabe leer ni escribir español, dato que contrasta con el 16.7% de la población que no se considera indígena y que es analfabeta (véase gráfica 12). Con respecto al nivel de instrucción básico, los datos, expuesto en la Tabla 1, resultan igual de reveladores y alarmantes; tan sólo en nulo y primaria como nivel de estudios se concentra el 89.5% de esta población, lo cual evidencia la discriminación y exclusión de la que han sido y son objeto.

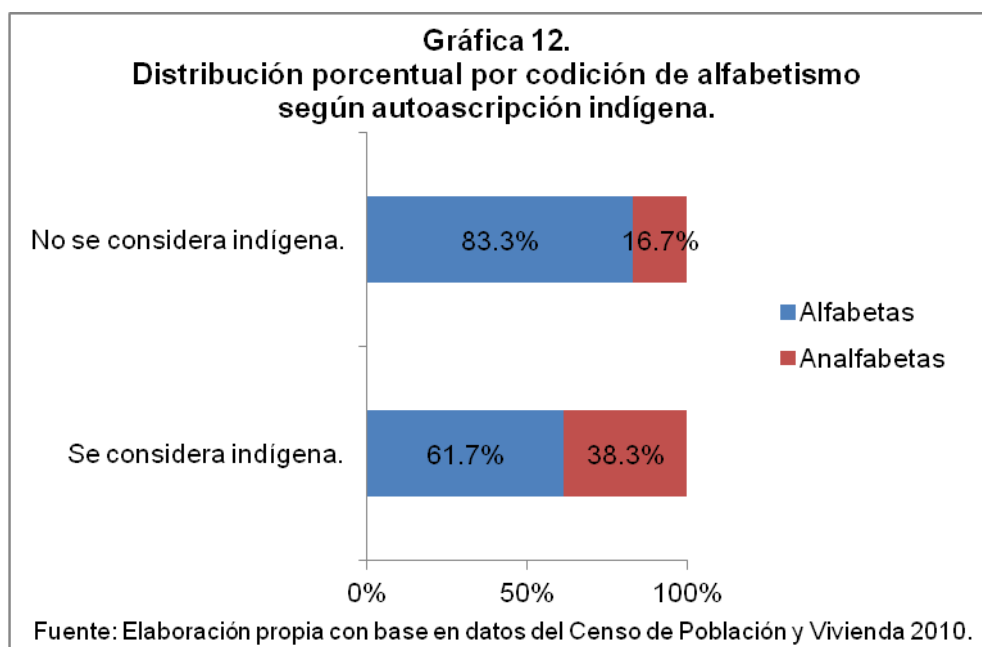


Tabla 1. Distribución porcentual por nivel académico de la población con autoadscripción indígena y de la población sin ésta.

	Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria, bachillerato o normal básica	Estudios técnicos	Licenciatura, profesional o normal de licenciatura	Posgrado
Indígena	43.4%	46.1%	5.0%	1.8%	1.3%	2.0%	0.4%
No indígena	22.1%	50.9%	9.8%	4.2%	5.2%	7.1%	0.7%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Como ya se ha comentado, la situación de la educación de la población ha sido compleja por la falta de orden político, de infraestructura, así como por las crecientes y marcadas diferencias entre lo rural y lo urbano -vigentes en el presente-; aunado a esto, la manera en la que los indígenas han sido incorporados al ejercicio de las políticas públicas y sociales, sin el reconocimiento a sus valores, sus costumbres y sus elementos identitarios, han sido determinantes en su situación actual. *“La mayoría de las escuela eran, por necesidad, mixtas, y los niños y niñas, de edades muy variables, aprendían obligatoriamente en español aunque su lengua materna fuese otra”* (Jarquín, Miño & Cadena, 2011, p. 174).

La deficiente y escasa incorporación de las mujeres indígenas, entonces niñas, a las escuelas también sale a la luz; del total de población indígena mayor de 60 años y analfabeta la mayoría son mujeres, 71.2% (véase la gráfica 13), además, resalta el hecho de que las mujeres con autoadscripción indígena y aquellas que no se consideran indígenas tiene niveles similares de analfabetismo; 54.1% del total de mujeres no llegó a cursar la primaria, solamente 39.7% lo hizo, contrastando con 30.8 y 53.5%, respectivamente, del total de los hombres adultos mayores indígenas; la presencia de ambos géneros en el resto de los niveles educativos es mínima o prácticamente nula, 3.5% de los hombres y 0.6% de las mujeres cursó la licenciatura, 0.5% y 0.3%, respectivamente, cursó estudios de posgrado (véase la tabla 2).

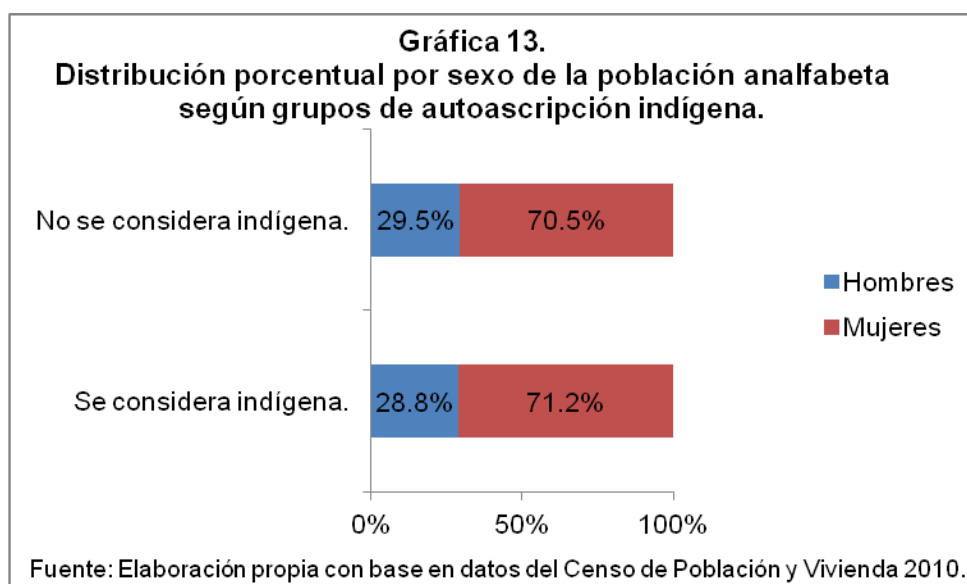


Tabla 2. Distribución porcentual de los niveles académicos máximos concluidos por sexo en la población con autoadscripción indígena con 60 años o más.

	Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria, bachillerato o normal básica	Estudios técnicos	Licenciatura, profesional o normal de licenciatura	Posgrado
Hombres	30.8%	53.5%	7.4%	3.2%	1.1%	3.5%	0.5%
Mujeres	54.1%	39.7%	3.0%	0.9%	1.4%	0.6%	0.3%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Diversos estudios han planteado la correlación entre el nivel de estudios y la posibilidad de incorporarse de manera satisfactoria en el mercado laboral, con empleos bien remunerados y prestaciones económicas y sociales, elementos que permitirían satisfacer y cubrir sus necesidades objetivas, característica de la calidad de vida objetiva, durante las etapas del ciclo de vida que corren de manera paralela a la vida laboral. La incipiente política educativa, así como la apuesta al crecimiento industrial del país, específicamente del Estado de México a partir de los años 40, derivó en el eventual abandono del campo y de los grupos poblacionales relacionados con él. Los bajos niveles de educación en la población adulta mayor, tanto indígena como no indígena, marcaron el desarrollo de su vida así como el de su actual proceso de envejecimiento individual, especialmente en los recursos económicos de los que pueden disponer actualmente, elementos que serán tratados en la siguiente sección.

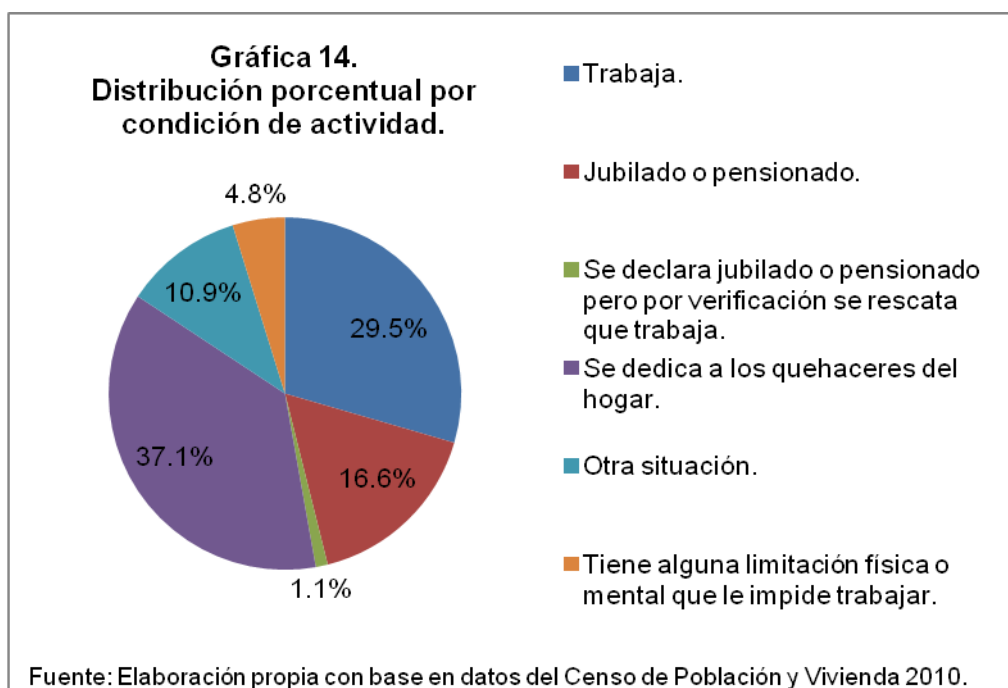
2.2. Seguridad económica en la vejez

La seguridad económica de los adultos mayores ha sido definida por Guzmán como la capacidad de disponer de forma independiente de recursos económicos regulares y en montos suficientes para satisfacer necesidades objetivas, a la vez que influye en la cobertura de necesidades subjetivas como la tranquilidad y la autonomía (Guzmán, 2002 en CELADE, 2006, p. 47).

Huenchuan y Montes de Oca, al hablar sobre los recursos económicos de los sujetos durante esta etapa en la región de América Latina, señalan que la vejez no es un momento detenido en el tiempo sino que los individuos continúan

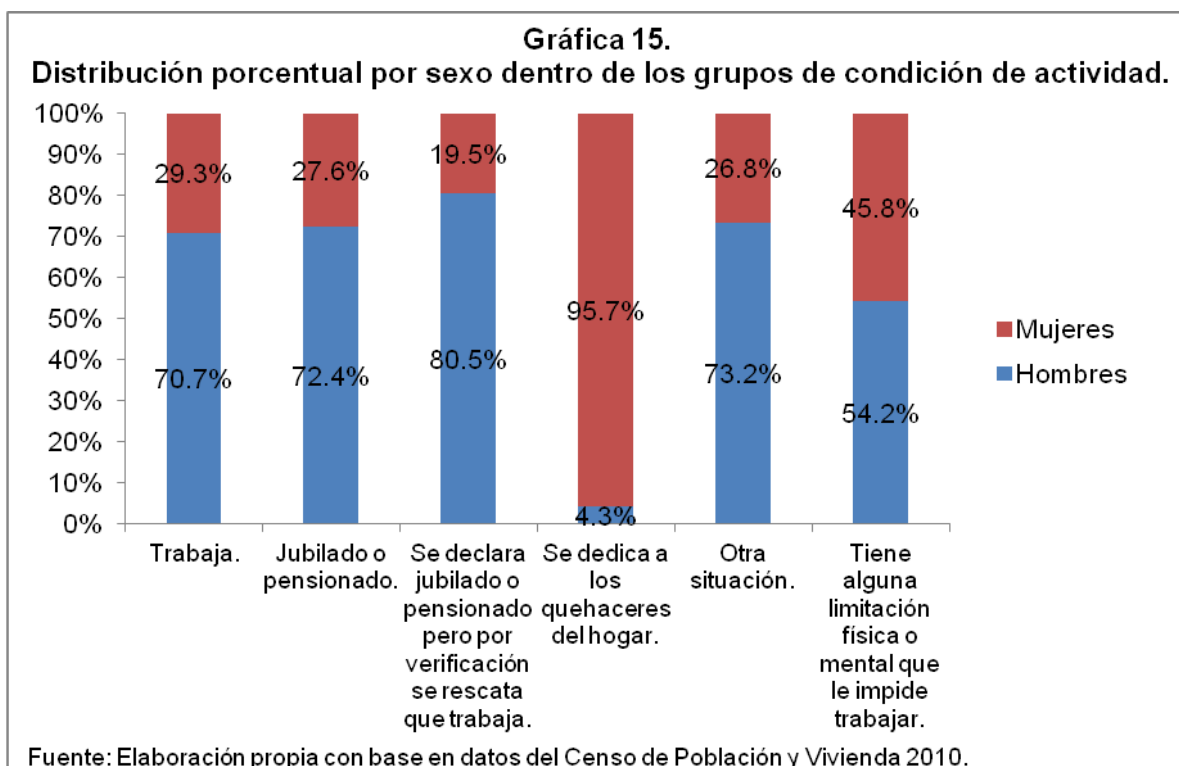
interactuando con su estructura social y económica (2007, p. 81). Además, al incorporar la perspectiva del ciclo de vida es posible afirmar que la seguridad económica en la vejez depende de la ubicación de los sujetos en la estructura social, así como de su posición ante las actividades remuneradas en el mercado y en su comunidad (2007).

Haciendo uso de la información del Censo de Población 2010, fue posible agrupar a la población mayor de 60 años según su condición de actividad, en la gráfica 14:



Destaca el hecho de que 30.6% de las personas adultas mayores se encuentran activas en el mercado laboral, lo cual expone dos panoramas; primero, en el que la permanencia en el mercado laboral es una opción y las personas adultas mayores aún cuentan con las capacidades físicas y mentales, así como con la motivación para continuar trabajando; y un segundo panorama que surge cuando la permanencia no es una opción y es más bien una necesidad para acceder a ingresos que aseguren su supervivencia y, en algunos casos, la de

otros. En la gráfica 15 se puede apreciar que del total de personas que continúan laborando 70% son hombres.



Las diferencias de género resaltan de manera significativa al estudiar la condición de actividad laboral durante la vejez. La participación de las mujeres en el mercado laboral de estas generaciones fue reducida, “(...) *amplios porcentajes de mujeres nunca realizaron actividad económica por un salario durante su curso de vida; si lo hicieron fue por jornadas aún imperceptibles para el registro estadístico y durante períodos en los que la combinación de tareas familiares desvanecía la importancia de las tareas remuneradas*” (Huenchuan & Montes de Oca, 2007, p. 80). Esto se traduce en una reducción significativa de las posibilidades de las mujeres mayores de contar con ingresos y/o con la cobertura de un sistema de protección social que tuviera como origen sus actividades laborales. Del total de población declarada en condición de jubilado o pensionado 27.6% son mujeres (véase la gráfica 15); por otro lado, las labores domésticas, las cuales no cuentan con reconocimiento legal ni monetario, son realizadas casi en

su totalidad por personas del sexo femenino, 95.7% de quienes reportan dedicarse a estas actividades.

Con respecto al total de la población mayor resulta alarmante y preocupa que sólo 16.6% se declara en inactividad por jubilación o pensión, 72.4% son hombres y como ya se mencionó, 27.6% son mujeres; fueron significativamente menos las mujeres que ingresaron al mercado laboral y tuvieron un empleo que les permitiera aspirar al retiro, pero también para los hombres el retiro aparece como una situación complicada, al menos en relación con la sobrevivencia material asociada con el mismo. En el mismo sentido, cuando se analizan los datos de condición de actividad para cada sexo (véase tabla 3) resalta que el mayor porcentaje de hombres se concentra en la categoría trabajando, 45.4%, mientras que para el total de mujeres el mayor porcentaje, 65.7%, se ubica en la categoría de quehaceres del hogar; 26.1% de los hombres está jubilado o pensionado, solamente 8.4% de las mujeres lo está.

Tabla 3. Distribución porcentual por condición de actividad para cada sexo.

	Trabaja	Jubilado o pensionado	Se declara jubilado o pensionado pero por verificación se rescata que trabaja	Se dedica a los quehaceres del hogar	Otra situación	Tiene alguna limitación física o mental que le impide trabajar
Hombres	45.4%	26.1%	2.0%	3.4%	17.4%	5.7%
Mujeres	16.0%	8.4%	0.4%	65.7%	5.4%	4.1%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

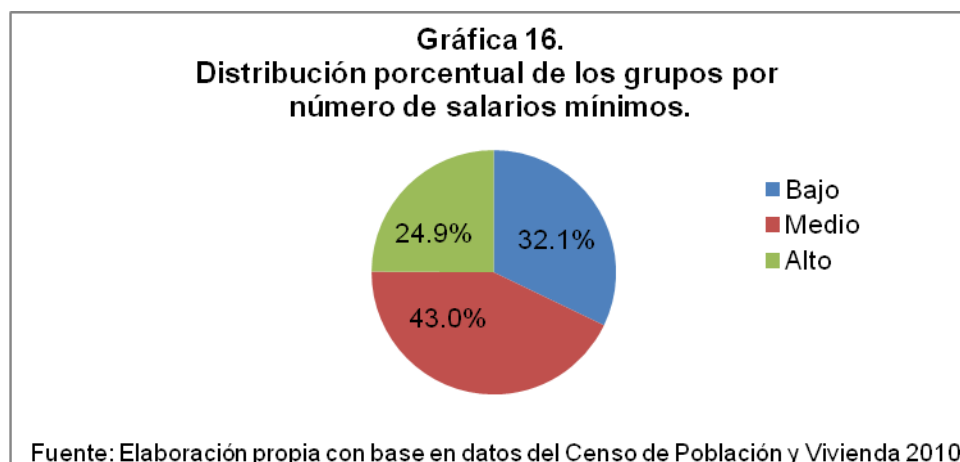
Es importante considerar que la situación del sistema de jubilaciones y pensiones es compleja, específicamente por la transición de un sistema de solidaridad intergeneracional a uno de cotización individual;¹⁶ además, los montos de las pensiones no siempre resultan suficientes para cubrir necesidades,

¹⁶ La reforma al sistema de pensiones entró en vigor el 1° de junio de 1997, las personas pensionadas antes de esta fecha continuaron integradas al régimen de reparto, el cual estuvo vigente desde 1973; por otro lado, la mayoría de los trabajadores activos al momento de la reforma tuvieron la posibilidad de elegir el régimen de su preferencia, en contraste, las personas que han comenzado a cotizar después de la reforma se integran exclusivamente al régimen de cuentas individuales. Dicha situación genera un escenario en donde los adultos mayores jubilados y/o pensionados pueden estar integrados en uno u otro régimen.

especialmente ante el incremento del costo de vida, por lo que la permanencia o el reintegro al mercado laboral es necesario. Más de la mitad del sector poblacional jubilado se concentra en edades menores a los 70 años, en donde aún se cuenta con capacidades para continuar laborando, ya sea por decisión o por necesidad.¹⁷

Es posible identificar los montos que los adultos mayores están percibiendo por sus actividades laborales. Para esto fue necesario unificar la información en una unidad de tiempo (salario recibido al mes) y se consideró el salario mínimo durante el ejercicio censal para la región del Estado de México (véase la gráfica 16). Según información oficial, en el año 2010 la entidad fue parte de la sección C y el monto de \$54.47 pesos diarios, haciendo un total de \$1 634.1 al mes.¹⁸ Sólo se consideró en el censo a quienes declararon o por verificación resultaron estar activos laboralmente. Se establecieron tres niveles, en los cuales los salarios fueron agrupados de la siguiente manera:

- Bajo: Menos de 1 salario mínimo al mes.
- Medio: De 1 a menos de 3 salarios mínimos al mes.
- Alto: De 3 a más salarios mínimos al mes.

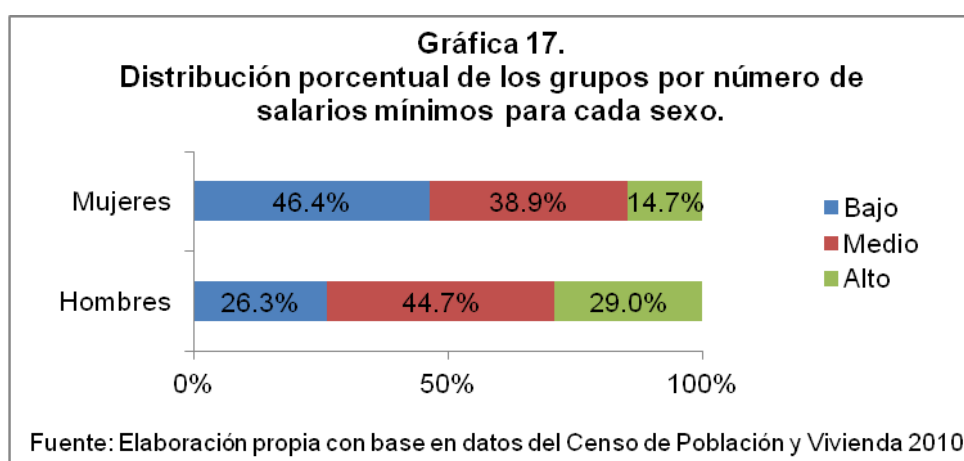


¹⁷ Anexo II. Tabla III. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro de los conjuntos por condición de actividad.

¹⁸ Información disponible en:
http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/45_17119.html, consultada el 20 de septiembre del 2013 y
http://www.conasami.gob.mx/pdf/tabla_salarios_minimos/2010/01_01_2010.pdf, consultada el 31 de marzo del 2014.

Como se puede apreciar en la gráfica 16, 32.1% del total de la población empleada recibe salarios mensuales menores a \$1 634.00 pesos, para la satisfacción de sus necesidades, de éste porcentaje la mayoría son hombres;¹⁹ contrastando la información para cada sexo sobresale que 46.4% del total de mujeres se encuentra en este nivel bajo mientras que del total de hombres 26.3% se encuentra en este nivel (véase la gráfica 17), evidenciando la gran diferencia por sexo en el mercado laboral, por un lado las mujeres, dada la escasa instrucción acceden a puestos de trabajo con menor paga, además el trabajo femenino ha tenido y tiene menor remuneración.

Margarita López (2007), economista, comenta que *“Una buena parte de la población de más de 60 años que aún se encuentra activa tiene un nivel educativo menos a la media nacional, por lo que encuentra su posición laboral en actividades de pequeña escala y baja retribución salarial”* (2007, p. 73). Aunado a esta situación, se ubica el creciente fenómeno de la desvalorización de la fuerza de trabajo conforme aumenta la edad. Una característica predominante de la actual dinámica laboral es la flexibilización, por lo que la subcontratación también es un hecho, por otro lado la informalidad continua definiendo el mercado laboral, especialmente el de los adultos mayores.



¹⁹ Anexo I. Gráfica V. Distribución porcentual por sexo dentro de los grupos por salario mínimo.

Otro de los indicadores, posible de generar, fue el de ocupaciones, en el cual también sólo se consideró a la población que declaró estar laborando al momento del levantamiento de la información, o que por verificación del personal encargado de levantar la información en el ejercicio censal se determinó que realizan alguna actividad remunerada laboral pese a declarar que no. Para la generación de este indicador se recuperó el trabajo teórico y metodológico efectuado durante el diseño del censo y, en específico, la Clasificación Única de Ocupaciones (CUO), basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO – 88) la cual fue generada por la Organización Internacional del Trabajo (INEGI, 2011a, p. 26; 2011b, p. 82). La división porcentual quedó organizada de la siguiente manera, en la tabla 4:

Tabla 4. Distribución porcentual de la población trabajadora en los grupos de la CUO.

Gran grupo 1: Funcionarios, directores y jefes.	2.5%
Gran grupo 2: Profesionistas y técnicos.	11.7%
Gran grupo 3: Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.	2.3%
Gran grupo 4: Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas.	20.8%
Gran grupo 5: Trabajadores en servicios personales y vigilancia.	8.4%
Gran grupo 6: Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca.	13.7%
Gran grupo 7: Trabajadores artesanales.	14.1%
Gran grupo 8: Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.	7.3%
Gran grupo 9: Trabajadores en actividades elementales y de apoyo.	19.2%

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

El grupo cuatro es el que tiene una mayor carga porcentual (20.8%), integrado por personas dedicadas al comercio y oferta de servicios; le sigue el grupo nueve, con 19.2%, donde se ubica a las actividades laborales consideradas como elementales y de apoyo; aspecto que refleja el tránsito de la entidad de lo rural a lo urbano (Jarquín, Miño & Cadena, 2011).

Con respecto a la estructura por sexo, en todos los grupos la participación femenina es menor (véase la gráfica 18), lo cual es esperable ya que su participación en general es menor que la de los hombres; el grupo ocho, en el cual

están las actividades vinculadas con el manejo de maquinaria industrial y transporte, se encuentra compuesto, casi en su totalidad, por hombres: 95.6% son hombres y 4.4% son mujeres; sin embargo, del total de mujeres (véase tabla 5), los porcentajes más altos, casi iguales, se concentran en el grupo cuatro (cuyas actividades están relacionadas con el comercio) con una carga de 33.1%, y en el grupo nueve, 33.3%, en donde se agrupan las actividades elementales de apoyo, las cuales se pueden desarrollar en el campo, la industria y los servicios, incluida la informalidad.

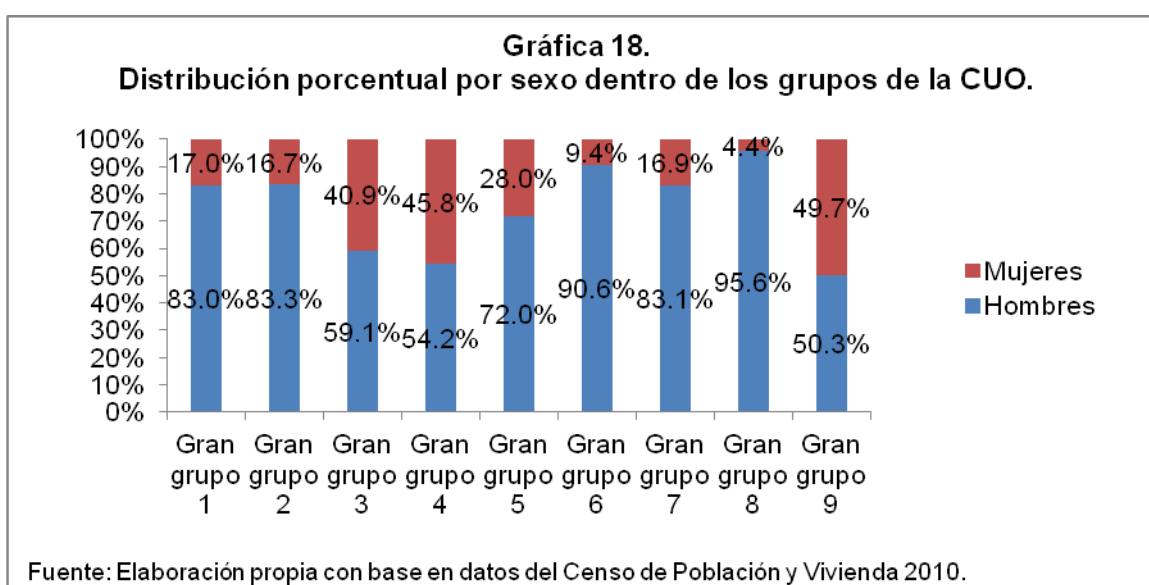


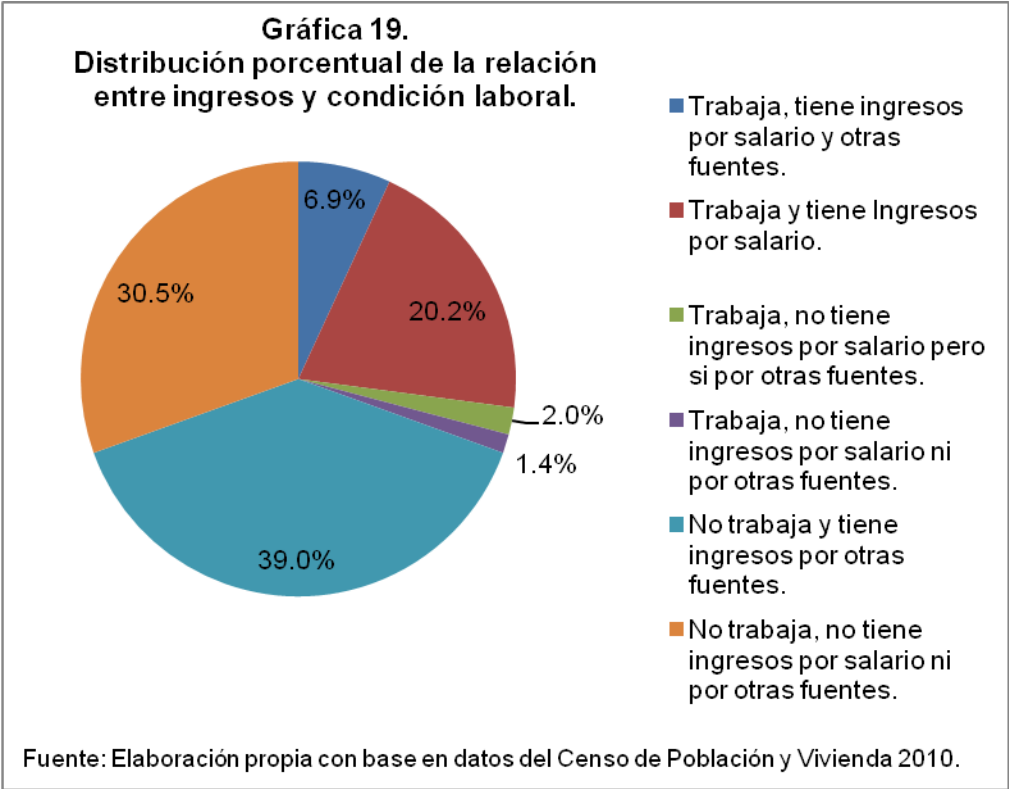
Tabla 5. Distribución porcentual de los grupos de la CUO para cada sexo.

	Gran grupo 1	Gran grupo 2	Gran grupo 3	Gran grupo 4	Gran grupo 5	Gran grupo 6	Gran grupo 7	Gran grupo 8	Gran grupo 9
Hombres	2.9%	13.7%	1.9%	15.7%	8.5%	17.4%	16.5%	9.8%	13.6%
Mujeres	1.4%	6.8%	3.3%	33.1%	8.2%	4.5%	8.3%	1.1%	33.3%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Con base en la información disponible, se elaboró un indicador en el que se relaciona la condición de actividad y el origen del ingreso, que puede ser obtenido por ingreso por salario o por programa de gobierno, jubilación o pensión, o ayuda de personas en el extranjero o dentro del país, y/o algunas otras fuentes no especificadas.

Al observar los datos de la gráfica 19 es posible enriquecer la información sobre la seguridad económica de los adultos mayores, específicamente con referencia a sus fuentes de ingreso. En concordancia con lo ya expuesto, más del 30% de la población adulta mayor reporta continuar trabajando. Esta población, que se mantiene inmersa en el mercado laboral, se concentra en los primeros grupos quinquenales y está compuesta por una mayoría masculina. Solamente 6.9% del total de la población trabaja y cuenta con ingresos por salario y por otras fuentes; y 1.4% trabaja pero no tienen ningún tipo de ingreso, lo cual comienza a dibujar el panorama sobre el grado de dependencia que puede llegar a existir en esta etapa de la vida, al menos considerando la dependencia en términos materiales.



Al respecto de la población que declara no trabajar, destaca el hecho de que son 69.5% de la población adulta mayor, está compuesto en su mayoría por

mujeres.²⁰ El 39% del total de personas adultas mayores no trabaja y, por lo tanto, no recibe ingresos por salario pero sí por otras fuentes, por ejemplo, mediante diversos programas de apoyo gubernamentales, arreglos institucionales o ayuda de otras personas). En el caso de quienes no trabajan y no tienen ingresos por salario ni por otras fuentes, la carga porcentual de mujeres es de 78.6%. Analizando la información para cada sexo (véase tabla 6), de nuevo sobresalen grandes disparidades, del total de hombres 14.1% no trabaja, ni tiene ningún tipo de ingreso, para el total de mujeres la carga porcentual en esta categoría es de 44.6% ¿Cómo sobreviven estas personas?

Tabla 6. Distribución porcentual para cada sexo de la relación de ingresos y condición laboral.

	Trabaja, tiene ingresos por salario y otras fuentes.	Trabaja y tiene Ingresos por salario.	Trabaja, no tiene ingresos por salario pero si por otras fuentes.	Trabaja, no tiene ingresos por salario ni por otras fuentes.	No trabaja y tiene ingresos por otras fuentes.	No trabaja, no tiene ingresos por salario ni por otras fuentes.
Hombres	10.3%	31.1%	3.4%	2.1%	39.0%	14.1%
Mujeres	4.0%	10.8%	0.9%	0.7%	39.0%	44.6%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Diversas investigaciones²¹ han ubicado la importancia que tienen las redes de apoyo, familiares e incluso extra familiares, amigos, vecinos y la comunidad, para disminuir o minimizar las consecuencias de la falta de recursos económicos y de protección social en el envejecimiento. *“En este contexto desfavorable de inseguridad económica y falta de protección social, la familia emerge como una importante, y en ocasiones la única fuente de soporte para las personas”* (Aparicio, 2002, p. 168). La familia y en ocasiones agentes externos pueden proveer al

²⁰ Anexo I. Gráfica VI. Distribución porcentual por sexo dentro de los grupos de relación entre ingresos y condición laboral.

²¹ Ver: Guzmán, J; S. Huenchuan; Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo a las personas adultas mayores: Marco Conceptual. Revista Notas de Población, Año XXX, No. 77, CEPAL, CELADE, Santiago de Chile; Jáuregui, B; Pobrete, E; Salgado de Snyder, V. N. (2006). El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México, en Salgado de Snyder V. N; Wong, Rebeca (Editoras) (2006). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México; Montes de Oca Zavala, Verónica. (2006). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*, Colección Cuadernos de Investigación, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México, primera reimpresión.

adulto mayor de recursos económicos, materiales y en especie, para la atención de sus necesidades, de las que destaca la atención a la salud.

2.3. Salud y bienestar en la vejez

El entorno social, político, económico y cultural en el que se ha desarrollado el ciclo de vida de los individuos, resulta determinante, entre otros elementos, en el establecimiento de las condiciones de bienestar durante el envejecimiento, especialmente de la salud (López, 2007, p. 73).

La salud resulta un tema prioritario en el estudio del envejecimiento y la calidad de vida, ya que durante esta etapa aumenta la posibilidad de padecer afecciones relacionadas con los cambios físicos y biológicos del organismo, inherentes al proceso de envejecimiento. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud identifica a las enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes, como las de mayor frecuencia en la población de edad avanzada (OMS 2005 en Salgado & Bojórquez, 2006, p. 55).

De acuerdo con lo expuesto por Nelly Salgado de Snyder e Ietza Bojórquez (2006), en México las principales afecciones y causas de muerte en este grupo poblacional son originadas por problemas cardiovasculares, diabetes, enfermedades cerebrovasculares y padecimientos pulmonares; además, destaca el hecho de que en el país, especialmente en contexto de pobreza y marginación, la incidencia de agentes infecto contagiosos es alta.

La presencia de malestares durante el curso de vida puede alterar el desarrollo de la cotidianidad de los individuos, afectando su capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, es decir aquellas que permiten independencia al sujeto para subsistir; además, puede impactar en las actividades instrumentales de la vida diaria, entiendo por ellas a las que permiten

al individuo llevar una vida independiente social y económica, influyendo en lo general en sus relaciones con otros y con su entorno (Mendoza, et al, 2008).

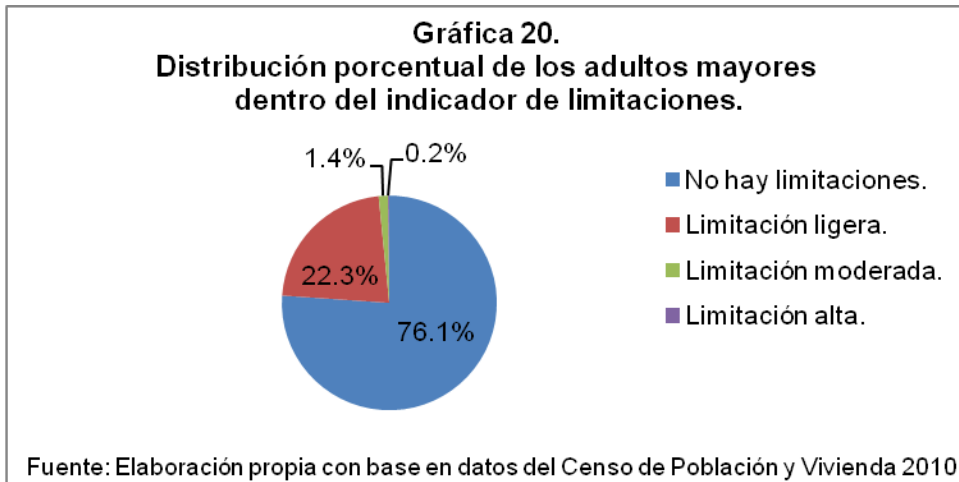
La información censal permitió generar un indicador con el cual se realiza una aproximación al estado de salud de la población seleccionada. Para ello, se consideran específicamente limitaciones o dificultades que tienen o no para el desarrollo de funciones y/o actividades de la vida diaria, éstas son:

- Dificultad para caminar, moverse, subir o bajar.
- Dificultad para ver, aún usando lentes.
- Dificultad para hablar, comunicarse o conversar.
- Dificultad para oír, aún usando aparato auditivo.
- Dificultad para vestirse, bañarse o comer.
- Dificultad para poner atención o aprender cosas sencillas.
- Alguna limitación mental.

Para la elaboración del indicador se tomó en cuenta el número de dificultades de cada individuo y se establecieron parámetros de lo que es considerado como una limitación y/o restricción funcional.

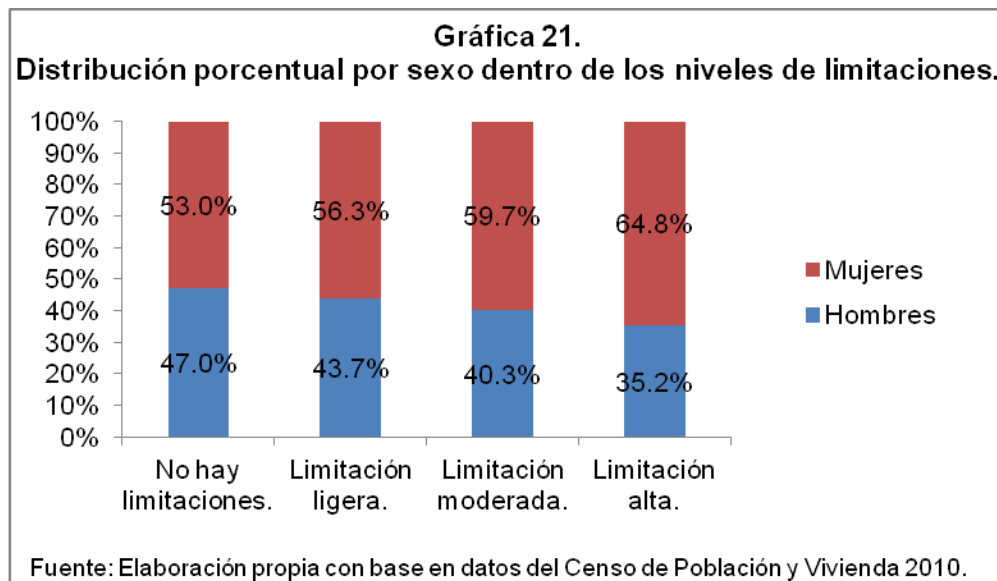
- No hay limitaciones reportadas – cero limitaciones.
- Limitación ligera – De una a dos limitaciones.
- Limitación moderada – De tres a cuatro limitaciones.
- Alta limitación – De cinco a siete limitaciones.

Según los datos obtenidos, una extensa mayoría, 76.1% del total de adultos mayores, reporta no tener ninguna limitación para desempeñar con normalidad y de manera funcional las acciones y/o actividades enlistadas (véase la gráfica 20).



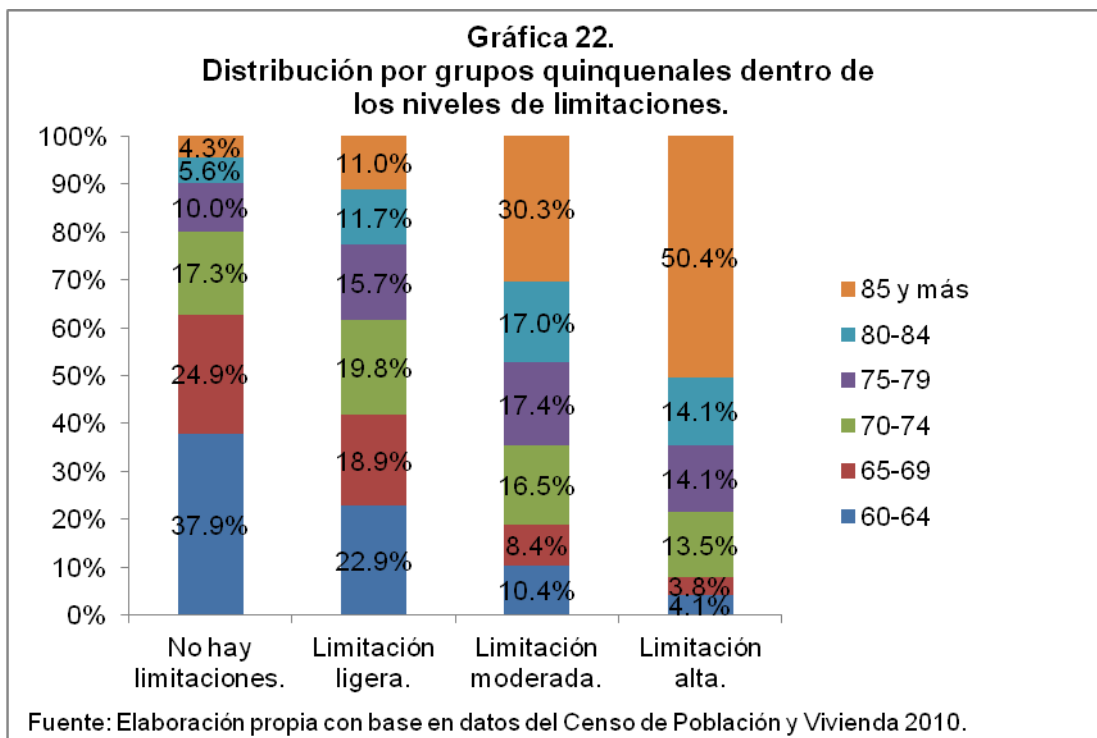
En las gráficas 21 y 22 es posible enriquecer la información sobre este grupo en donde no hay deficiencia, más del 60% se concentra en edades menores a los 70 años y la distribución por sexo es de 47% compuesto por hombres y 53% por mujeres; le sigue en peso porcentual el segundo nivel, deficiencia ligera, con 22.3% del total.

Ante estos resultados se puede conjeturar que la falta de un diagnóstico médico adecuado y el origen subjetivo de la respuesta, es decir, las ideas relacionadas con la negación y resistencia al proceso de envejecimiento individual, pueden influir en la información recabada. También resulta pertinente recordar que no está considerado el origen de la dificultad, además de que no está diferenciada dentro del indicador, porque solamente se toma en cuenta el número acumulado de dificultades reportado por los individuos. La diferencia entre las causas y, sobre todo, las consecuencias que pueden tener estas limitaciones son muy diversas; su descripción y análisis parece inalcanzable con el uso exclusivo de la información censal. Probablemente otro tipo de ejercicios metodológicos, como encuestas especializadas, puede dar cuenta de la situación, pero en el caso de la presente investigación es en la sección cualitativa en donde se trabajan estos aspectos más a fondo.



Si se considera la composición por sexo, en todos los niveles, más del 50% del peso porcentual está conformado por mujeres, destacando el caso del nivel de deficiencia alta, es decir, aquel en el que se reportan de cinco a siete dificultades y/o limitaciones, 64.8% de las personas que conforman este nivel son mujeres, lo cual se relaciona también con el hecho de que hay una mayor sobrevivencia femenina y la estructura por sexo de la población estudiada.

Al visualizar el indicador con los grupos quinquenales (véase gráfica 22), destaca el peso que tiene la edad; los niveles más bajos se encuentran compuestos en su mayoría por el grupo de edad más joven, la representación de los grupos de mayor edad es menor, 37.9% del grupo que no reporta deficiencia tiene menos de 65 años, y el 4.3% ha cumplido 85 o más años de edad; por otro lado, los grupos identificados con mayor grado de deficiencia están conformados en su mayoría por personas de mayor edad, el grupo identificado con deficiencia alta está compuesto en un 50.4% por personas mayores de 85 años, y solamente 4.1% son menores de 65 años.

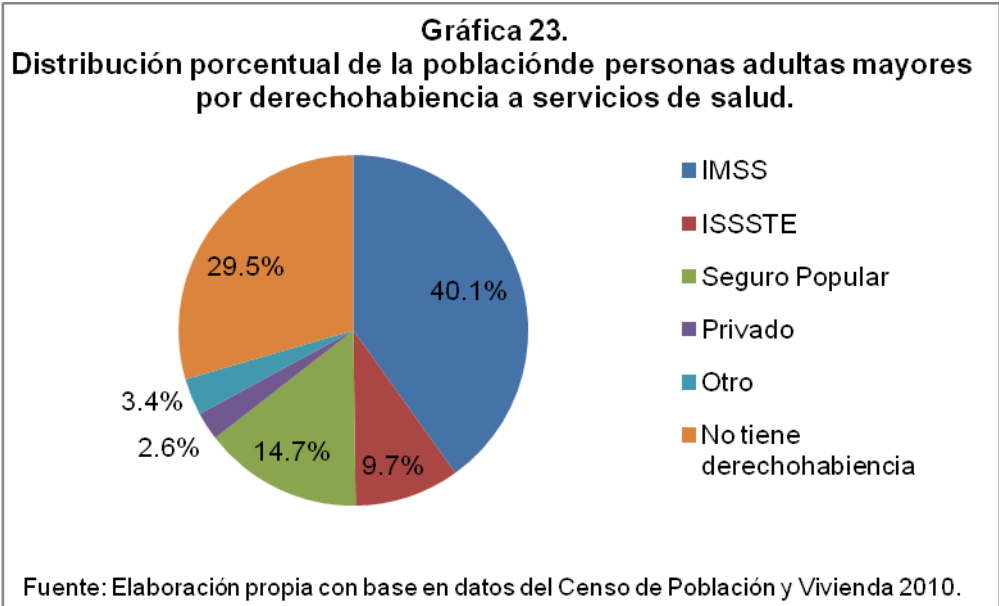


Otros elementos que resulta obligatorio considerar al hablar sobre envejecimiento y salud son la derechohabencia y el uso de los servicios médicos, ya que ayudan a describir mejor la situación de los adultos mayores y su calidad de vida como grupo poblacional, pero también como individuos y sujetos de derechos. El primero de estos elementos forma parte de la seguridad social y se relaciona con las facilidades con las que un individuo puede contar para ejercer su derecho a la salud al afiliarse a una institución, pública o privada, con el fin de poder contar con la infraestructura, los recursos humanos y materiales para recibir cuidados preventivos y también paliativos. El segundo, que será desarrollado más adelante, hace referencia a la acción de acudir a un servicio médico o no, en relación con la decisión de a que servicio en específico se acude.

En el caso del Estado de México y su población en general, más del 50% cuenta con una institución en la que tiene derecho a los servicios médicos (INEGI, 2011d, p. 39). En el caso de los adultos mayores, la situación es un tanto diferente por las características propias de este grupo poblacional. Las instituciones consideradas en la elaboración de este indicador fueron el IMSS, el Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en donde se integró el servicio federal (ISSSTE) y el estatal (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios [ISSEMYM]), el Seguro Popular, Privado y otros, en donde se incluyen los servicios de la Secretaría de Defensa Nacional, la Secretaría de Marina Nacional y de Petróleos Mexicanos. No están consideradas situaciones de derechohabencia múltiple, pues solamente un porcentaje reducido de la población se encontró en esta situación.

Como se puede apreciar en los datos de la gráfica 23, 70.5% de los adultos mayores cuentan con el derecho a recibir atención médica, si así lo requieren; el IMSS aparece a la cabeza en cuanto a la carga porcentual con 40.1%. Dicha institución de salud se ha mantenido a la cabeza en cuanto al tamaño y a la cobertura de servicio que provee desde su creación en 1943, en donde tuvo como objetivo brindar seguridad social a los trabajadores y a sus familias, por medio de una colaboración tripartita (gobierno, empleador y empleado); sin embargo, esta misma condición hizo que la seguridad social se encontrara reservada al sector ubicado en el trabajo formal, especialmente el obrero, dejando marginados a otros sectores de la población trabajadora, como los trabajadores agrícolas, los empleados domésticos y los dedicados a las labores realizadas en la informalidad.



El Seguro Popular, que entró en vigor desde el año 2004, aparece en el segundo lugar de la carga porcentual de la derechohabiencia. Con dicho programa se pretende no sólo aumentar la cobertura de servicios de salud, sino universalizarlos, esto mediante la flexibilización de las formas de afiliación, ya que no es necesario formar o haber formado parte del sector formal del mercado laboral, y las cuotas (asignadas mediante una evaluación socioeconómica) están diseñadas para ser accesibles a la población de escasos recursos. Aquí es importante considerar que la afiliación universal no es lo mismo que la cobertura universal, ya que la atención de padecimientos en el Seguro Popular es reducida. Cristina Laurell (2012), expuso que de las 1 400 enfermedades publicitadas e incluidas en el catálogo 2012 del Seguro Popular, la atención se reduce a 497 aplicando la Clasificación Internacional de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud.²²

El resto de las instituciones de atención de la salud tiene una representación mucho menor. En el caso de la atención privada, solamente 2.6% de la población entrevistada cuenta con afiliación a una institución de este tipo, en donde los costos pueden ser elevados, y sólo un sector reducido de la población puede costearlos o recibirlos como prestación laboral.

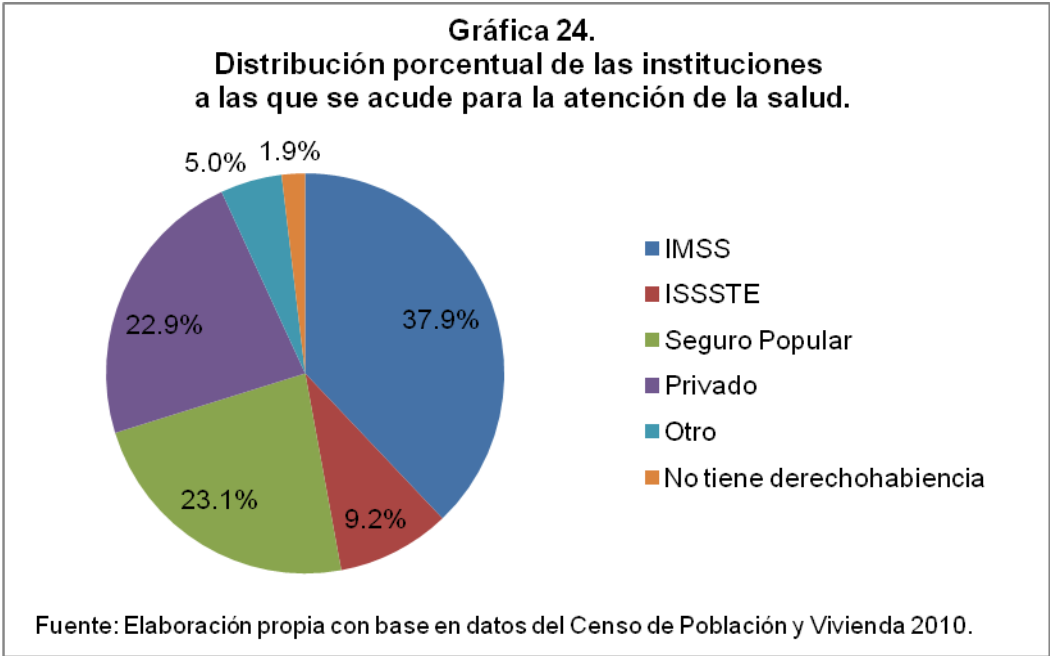
En sus respuestas, 29.5% del total de informantes dijo que no cuenta con ningún tipo de afiliación a alguna institución de atención de la salud. La mayoría de esta población son mujeres (más del 50%) y, además, se concentran en los grupos de edades menores a los 70 años,²³ es decir que tienen aún una expectativa de vida alta en donde la atención de la salud puede volverse un asunto prioritario. La carencia de derechohabiencia puede dar pie a situaciones de dependencia o acentuar las ya existentes, especialmente por el costo de la

²² La Dra. expone en la crítica que realiza a la cobertura del Seguro Popular publicada en el diario La Jornada el 25 de enero del 2012, que el infarto está incluido dentro del catálogo de gastos catastróficos, pero sólo para los derechohabientes menores de 60 años, excluyendo tácitamente a la población con mayor incidencia de enfermedades cardíacas: los adultos mayores.

²³ Anexo. I. Gráfica VII. Distribución porcentual por sexo dentro de las instituciones de salud; Gráfica VIII. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro las instituciones de salud.

atención de la salud, lo cual incide en la calidad de vida no sólo de este grupo poblacional sino de la población en general.

Es necesario agregar que el hecho de contar con derechohabiencia no garantiza el uso de estos servicios y prestaciones para la atención de la salud (Márquez, 2006, p. 73). Esta situación puede observarse en el siguiente indicador (véase la gráfica 24), en el que se incluye la información sobre la institución o servicio de salud al que los sujetos acuden para atender sus padecimientos.



Al contrastar la información provista por este indicador (el uso de los servicios médicos) con el indicador derechohabiencia, se destaca el hecho de que el IMSS se mantiene en el primer lugar por su carga porcentual como institución a la que acuden para atención médica a los adultos mayores, 37.9% es el valor. Uno de los datos más reveladores es el porcentaje que tiene la atención privada, pues solamente 2.6% reportó ser derechohabientes de una institución privada y 22.8% informó que suelen acudir a ella para la atención de su salud. Estos datos indican que un número significativo de personas con derechohabiencia en alguna institución pública y también de individuos que no son derechohabientes, disponen

una parte de sus recursos económicos para la atención de su salud en instituciones privadas.

No menos importante es el porcentaje de personas que declaró no atenderse (1.9% de la población adulta mayor) lo cual genera cuestionamientos sobre sus estrategias de salud y las situaciones que les hacen tomar la decisión de no atenderse o que los obligan a no hacerlo.

En términos generales la población de 60 años o más en el Estado de México presenta niveles relativamente bajos de limitaciones que puedan generar dificultades para la realización de actividades cotidianas, pero su concentración en los primeros grupos quinquenales lleva a considerar que a futuro la situación puede cambiar. Con respecto al alcance de la derechohabencia, ésta aparece con una carga porcentual superior a la nacional, la cual es de 64.6% (INEGI, 2011d, p. 9); pero el panorama se transforma al considerar las instituciones a las que acuden para atenderse, en donde se vuelve cuestionable la capacidad y alcance que tienen las instituciones para brindar atención especializada a enfermos con padecimientos inherentes al proceso de envejecimiento del organismo y además padecimientos crónico degenerativos, de alta incidencia en la población estudiada, además de la carga económica que puede representar la atención de la salud para el individuo y/o para sus redes de apoyo, tanto en instituciones públicas como en privadas.

2.4. La población jubilada

Uno de los puntos más representativos del envejecimiento poblacional e individual es el retiro del mercado laboral o jubilación, proceso con carga social y cultural que significa la cesantía de actividades económico laborales que tienen un reconocimiento legal y marcan un punto de inflexión en la trayectoria de vida de los sujetos, pues se deja de formar parte del sistema productivo de su sociedad, motivado por decisión propia o por la aparición de nuevas exigencias.

Con respecto a lo anterior, Moragas (2004) describe varias clases de retiro que, a su vez, incluyen diversas modalidades. Está la jubilación, determinada *por la libertad del sujeto*, en donde se pueden dar dos casos: *la voluntaria o la forzosa*; la primera se da cuando es el sujeto, provisto de derechos, el que decide el momento de su retiro; y por otro lado, cuando son las circunstancias a su alrededor las que influyen directamente en su salida del mercado laboral, que es la jubilación forzosa.

La segunda clase es *por tiempo*, en donde la edad del sujeto y/o el marco legal de la seguridad social a la que tiene derecho generan diversas modalidades, las cuales son descritas por el autor. La primera modalidad es la *normal*, es decir, cuando el trabajador alcanza la edad normada para el retiro (en el caso de México son los 60 años) o cuando se cumple con un periodo establecido de participación en las actividades laborales; aquí varía la cantidad de años según la empresa o institución. La segunda modalidad es la *anticipada*, cuando el retiro es previo a la edad esperada y/o el tiempo laboral normado, y se da por diversas causas, en México esta última es la situación de las personas pensionadas (por ejemplo, aquellas personas que se retiran por accidente laboral o incapacidad derivada de una enfermedad); la tercera modalidad es la *retrasada*, es decir, cuando el momento de la jubilación se prolonga mediante un acuerdo entre el sujeto trabajador y su empleador (2004, pp. 163-164).

La información del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010 revela que 17.7% del total de la población mayor de 60 años se encuentra jubilada o pensionada,²⁴ en este porcentaje²⁵ se incluye también aquellas personas que por verificación durante el ejercicio censal se determinó que seguían activas en el mercado laboral pese a su condición declarada de retiro: 1.1% del total de los adultos mayores.

²⁴ Dentro del sistema de seguridad social, las pensiones pueden ser otorgadas por jubilación, es decir, la pensión por retiro del trabajo, pero también existe la pensión por riesgos de trabajo, enfermedad e invalidez; así como por viudez, orfandad y ascendencia (CELADE, 2000).

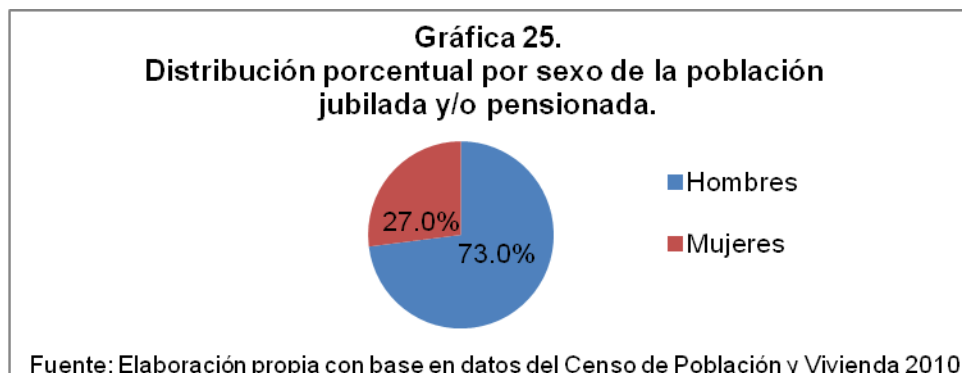
²⁵ Gráfica 14. Distribución porcentual por condición de actividad.

Como ya se ha mencionado, el porcentaje de población jubilada es alarmante, pues revela que una minoría de los ahora adultos mayores pudo acceder durante su ciclo de vida a un trabajo que le permitiera aspirar al retiro, en cualquiera de las modalidades ya expuestas, y que en el mejor de los escenarios estaría acompañado de prestaciones económicas y sociales para garantizar su subsistencia; o por otro lado, evidencia otras circunstancias, en donde ante la falta de seguridad social para el retiro, se crean o acentúan procesos y situaciones de vulnerabilidad y marginación, por ejemplo para los casos en los que el retiro no es ni siquiera una opción; en ambos escenarios las condiciones influyen directamente en la configuración de su calidad de vida. Ham Chande (2003) expone que la jubilación es casi exclusiva del conjunto de asalariados urbanos que formaron parte del mercado de trabajo formal y que contaron con el respaldo y control organizacional que les garantizara seguridad social para el retiro, dejando fuera a los trabajadores rurales, a las personas ubicadas en el sector de la informalidad, los desempleados y subempleados, personas que también envejecen (p. 80).

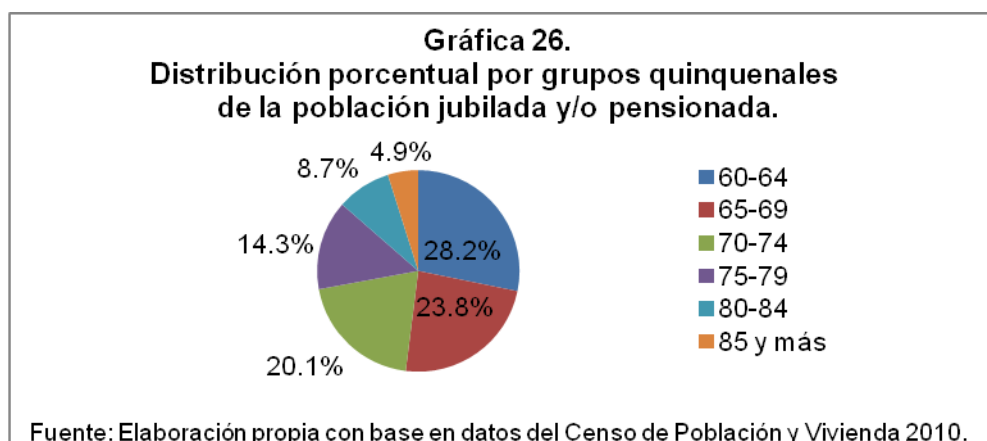
Ante este escenario se desarrolla brevemente el perfil sociodemográfico de los adultos mayores jubilados, para poder realizar la caracterización y análisis de los elementos objetivos de su calidad de vida, en aras de evaluarlos por medio del uso de la información censal y de los indicadores generados.

Del total de población jubilada o pensionada la distribución por sexo es notablemente distinta a cuando se consideró el total de adultos mayores en donde aparecía una población principalmente femenina, en este caso 73% son hombres y 27% mujeres (véase la gráfica 25). En concordancia con lo ya expuesto desde una perspectiva de género, el mercado laboral formal ha sido de composición principalmente masculina, pues la incorporación de las mujeres a éste se ha visto permeada por elementos socioculturales, presentes durante todo el ciclo de vida de las personas mayores, tanto mujeres como hombres, lo cual también es posible de apreciar en la composición por condición laboral para cada sexo, 27.5% del total

de los hombres reporta está jubilado, mientras que solamente 8.7% del total de mujeres.²⁶

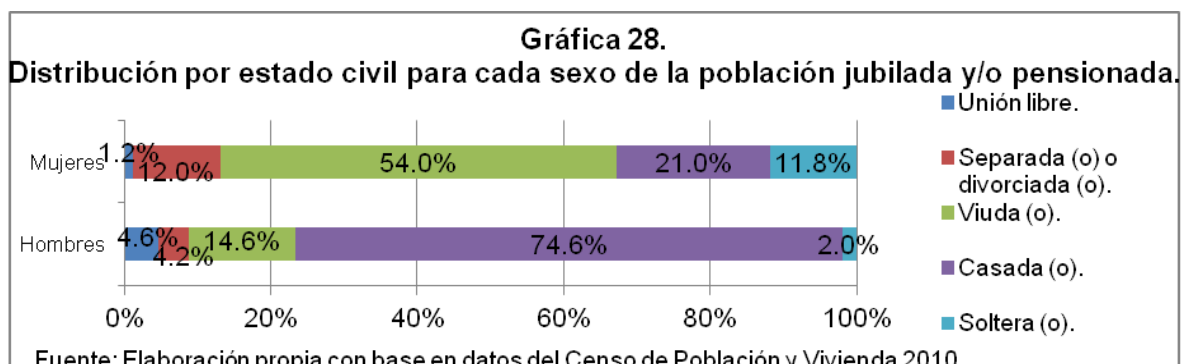
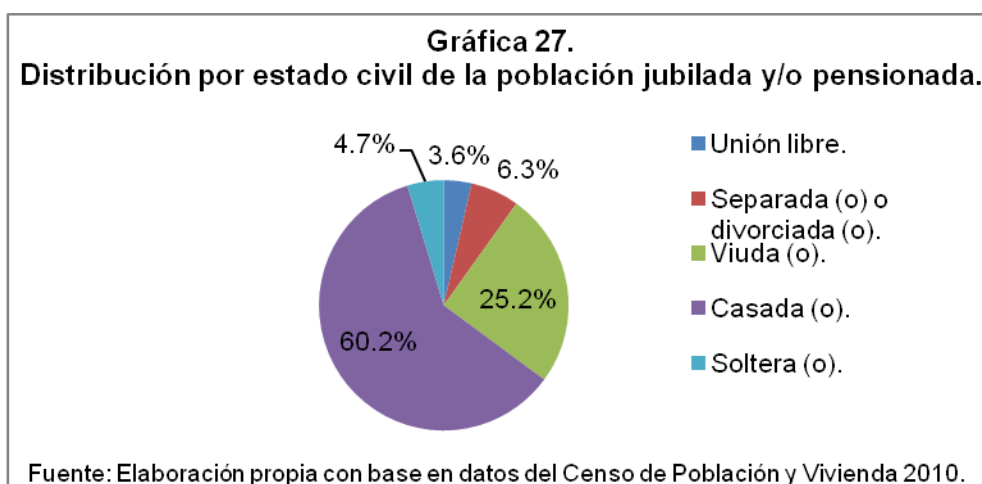


Al analizar su distribución por edad, más del 50% de los jubilados y/o pensionados se concentra entre los 60 y los 69 años (véase la gráfica 26), es decir, que son un contingente conformado principalmente por adultos mayores jóvenes, gerontolescentes, personas que nacieron entre la década de los años 40 y 50 y que eventualmente se integraron a un mercado laboral cuando ya estaba establecida la política estatal que apuntaba hacia la urbanización e industrialización, sin considerar al sector rural, situación notoriamente diferente para las personas con mayor edad, que vivieron un periodo de organización y reestructuración institucional posterior a la Revolución (Jarquín, Miño & Cadena, 2011, p.184).

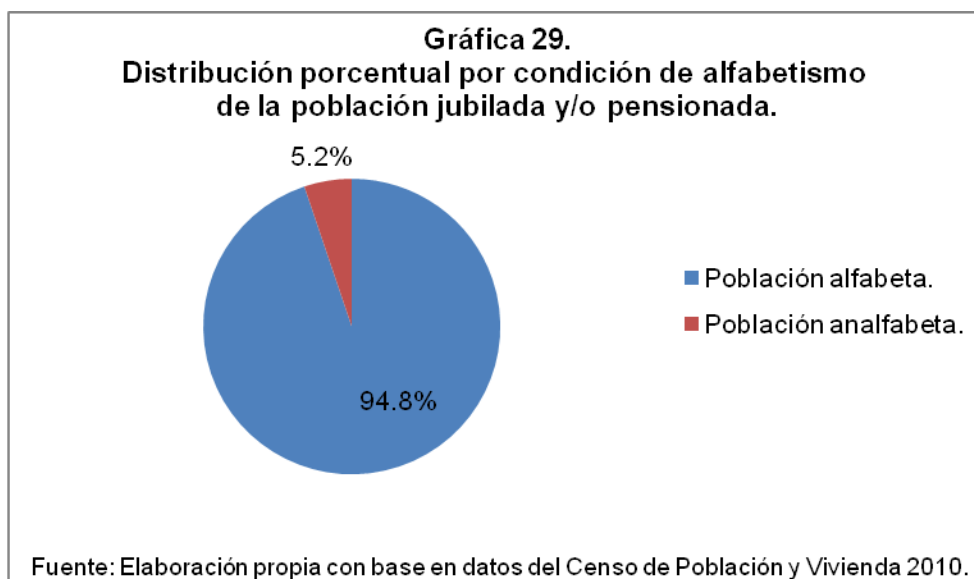


²⁶ Anexo I. Gráfica IX. Distribución porcentual por condición de actividad para cada sexo.

Con respecto a su estado civil, 60.2% de la población jubilada se encuentra casada, le sigue en peso porcentual 25.2% con la condición de viudez (véase la gráfica 27). Al incorporar la variable de sexo, destaca que del total de hombres jubilados el valor más alto es 74.7% en la condición de casados (véase la gráfica 28), para el total de mujeres la condición con mayor peso porcentual es la viudez, 54%, indicando que más de la mitad de las mujeres jubiladas o pensionadas están viviendo esta etapa de su vida sin contar con la compañía de su pareja sentimental. Como se mencionó al principio de esta sección, en la fuente censal no se distingue entre la condición de pensionado o jubilados, lo cual en este caso puede significar que el acceso al sistema de seguridad social, específicamente la pensión, puede ser también por la viudez, es decir que fue el cónyuge quien estuvo integrado en el mercado laboral.

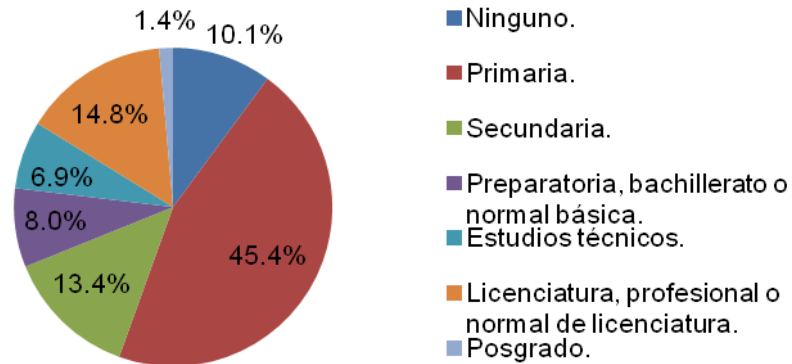


El alfabetismo y la escolaridad están directamente relacionados con el sistema de educación formal, y además cuentan con lo que Ham describe como “(...) *un poder discriminante y un potencial explicativo para evaluar y predecir condiciones sociales y económicas*” (Ham, 2003, p.181). Al respecto, 94.8% de los pensionados y jubilados declara saber leer y escribir, y 5.2% es analfabeta (véase la gráfica 29); sin embargo, resulta notorio el hecho de que al considerar al total de la población mayor de 60 años, es un porcentaje mínimo el que puede acceder al sistema de jubilaciones y pensiones sin saber leer o escribir, evidenciando que al tipo de empleo al que se puede acceder siendo analfabeta, principalmente fuera o al margen de las regulaciones y por lo tanto sin prestaciones laborales y sociales.



La distribución dentro del nivel de estudios tiene su mayoría porcentual en el nivel básico, 45.4% de los adultos mayores jubilados y pensionados solamente estudiaron hasta la primaria (véase la gráfica 30), en la segunda posición están los estudios profesionales con 14.8%. Los estudios de posgrado, al igual que en el total de población mayor de 60 años, es el nivel con menor carga porcentual, ya que solamente hay 1.4% en este grupo específico

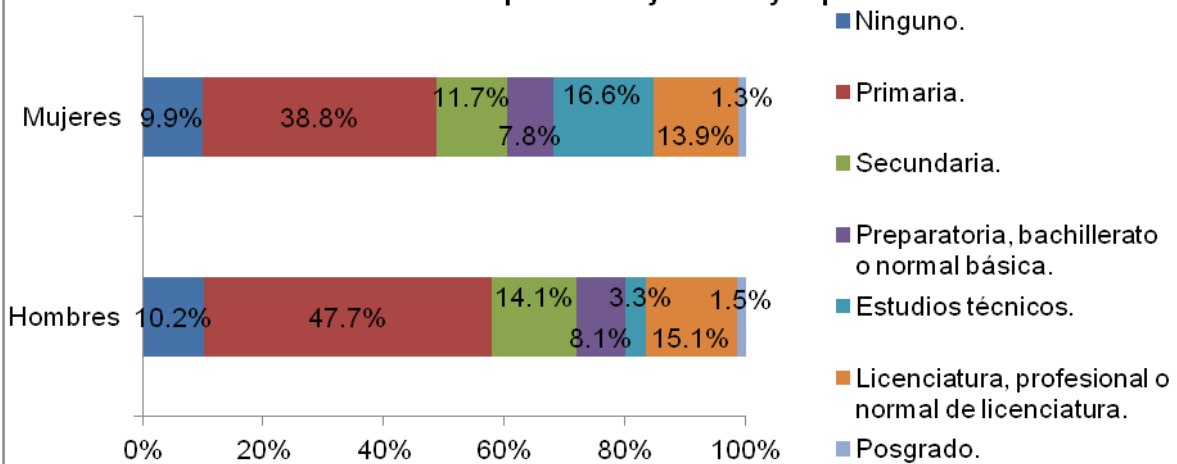
Gráfica 30.
Distribución porcentual del nivel de estudios de la población jubilada y/o pensionada.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

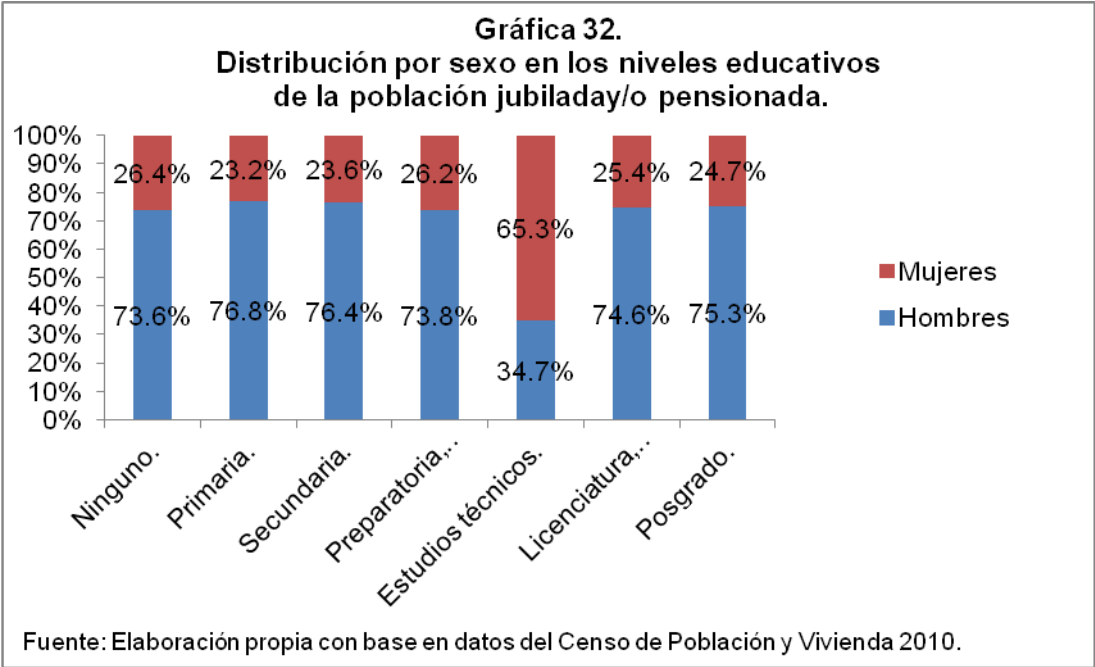
La falta de opciones de estudio de los adultos mayores, así como de oportunidades, especialmente causadas por cuestiones culturales e históricas, permearon las condiciones de vida en el pasado e influyen en su presente y en su calidad de vida. Al incluir la variable de sexo, la primaria continúa siendo el nivel con mayor carga porcentual tanto para el total de hombres como para el total de mujeres, 47.7% y 38.8%, respectivamente (véase la gráfica 31).

Gráfica 31.
Distribución porcentual en la variable sexo de los niveles educativos de la población jubilada y/o pensionada.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Si se consideran los grados académicos (véase la gráfica 32), en todos los niveles la mayoría masculina es superior al 70%, con excepción de los estudios técnicos, del total de la población, y 65.3% son mujeres, es decir que una parte importante de estas mujeres adultas mayores se desempeñaron laboralmente en puestos acorde a este nivel académico.

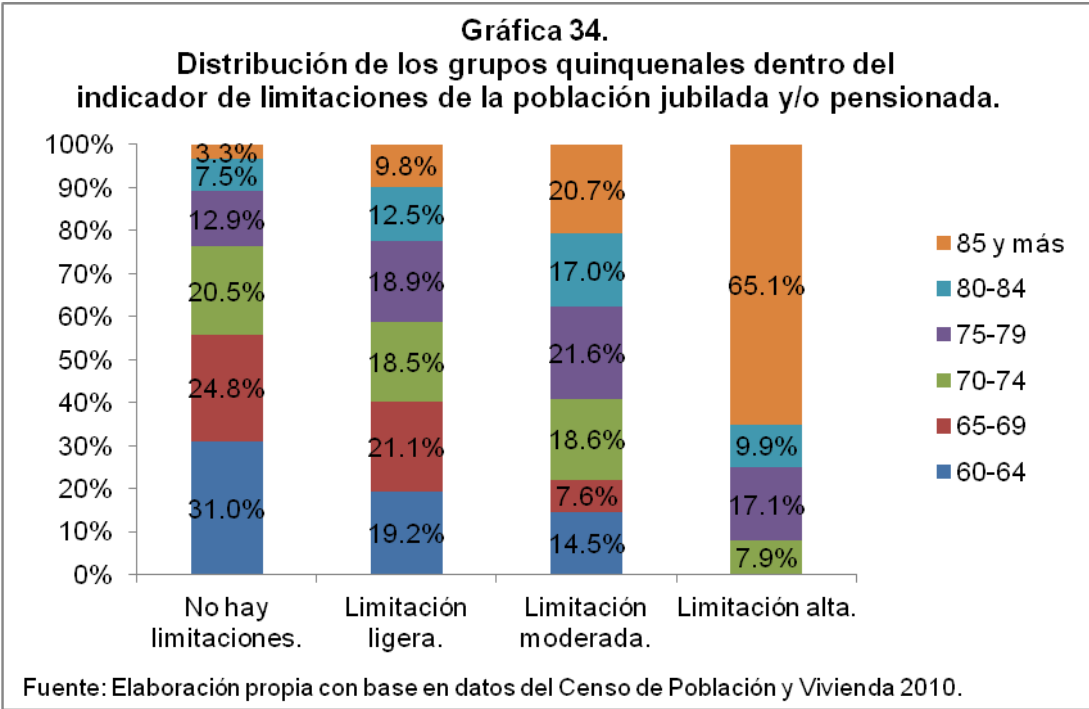
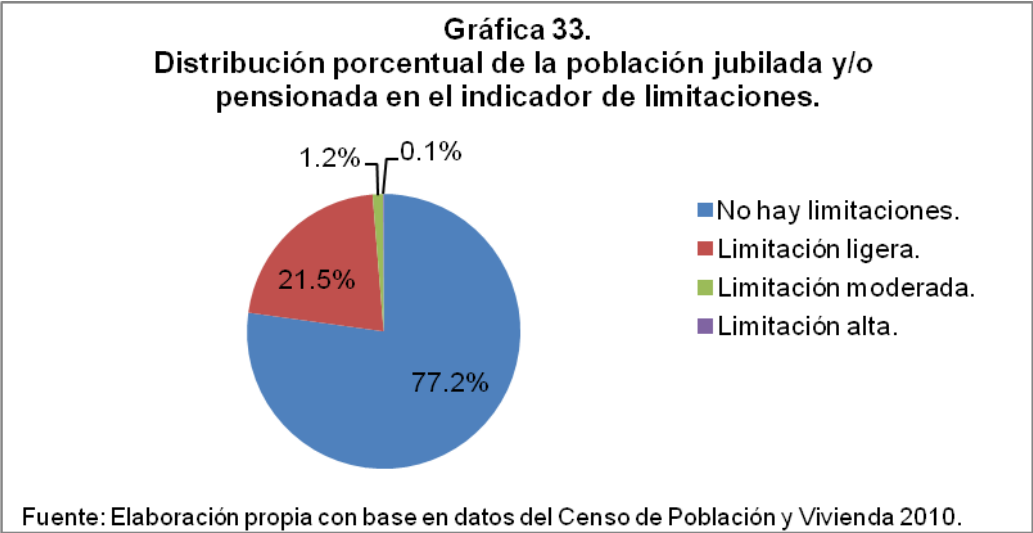


Se puede inferir que las oportunidades educativas influyeron directamente en las formas y condiciones de su integración y participación en el mercado laboral. Es posible argüir que la presencia de miembros de los pueblos originarios dentro de la población mayor y jubilada o pensionada es reducida, solamente 6.7% declara pertenecer a un grupo indígena.²⁷

Al hablar de la salud de los adultos mayores jubilados y/o pensionados, situación esencial para la calidad de vida pues determina en gran medida la percepción que el adulto mayor va a tener sobre sí mismo, así como la actitud y las posibilidades de acción ante los fenómenos que acontecen en el entorno del

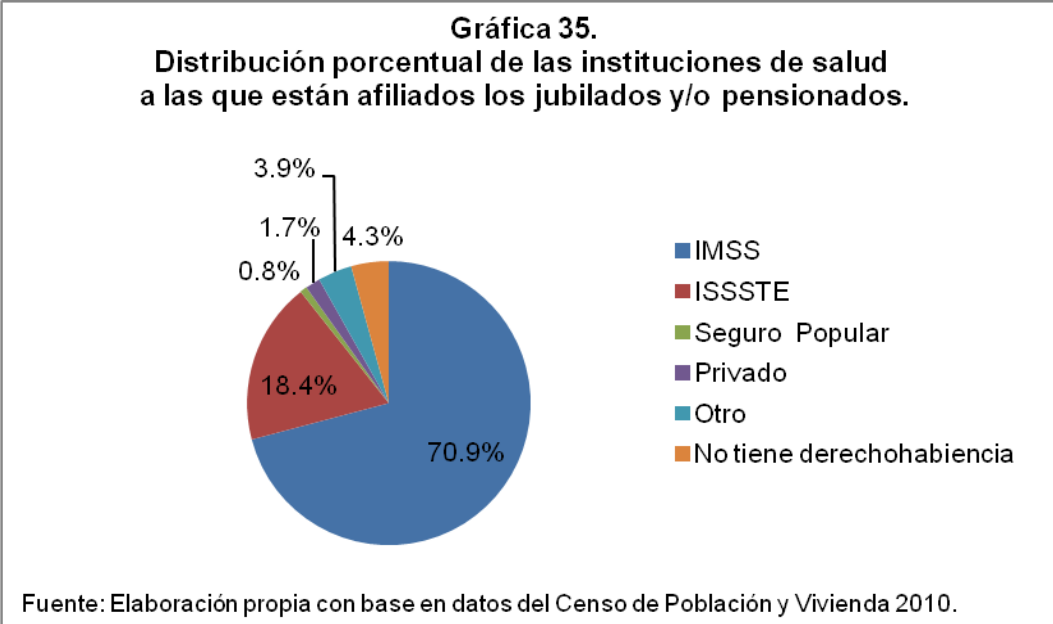
²⁷ Anexo I. Gráfica X. Distribución por autoadscripción indígena de la población jubilada y/o pensionada.

sujeto (Moragas, 2001), los datos del indicador de limitaciones (véase la gráfica 33) no resultan diferentes con respecto a los valores obtenidos para el total de la población, 77.2% reporta no tener las deficiencias consideradas en el ejercicio censal y en las que se basa el indicador, contra 76.1% entre todos los adultos mayores; 21.5% se encuentra en el nivel de deficiencia ligera, contra 22.3% para el total de los adultos mayores (véase gráfica 20).

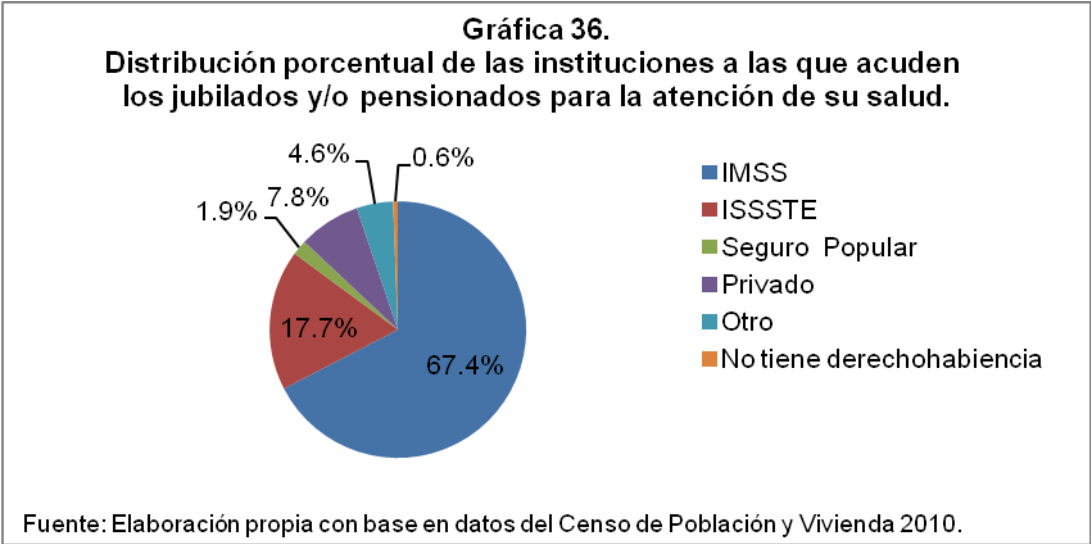


Al agregar la variable de la edad por medio de la organización realizada en grupos quinquenales (véase gráfica 34), aparece una composición más joven en los niveles donde hay deficiencia ligera y una tendencia hacia las edades mayores en la composición del resto de los niveles en donde aumentan las deficiencias y limitaciones, al igual que en los datos para el total de la población, al parecer, el tener o no una jubilación no influye en la intensidad ni en el calendario de las limitaciones de los adultos mayores, por lo menos este caso.

Por otro lado, la situación de derechohabiencia de este grupo poblacional puede parecer favorable y difiere significativamente del total de la población de personas adultas mayores, ya que más del 90% está afiliado a un sistema público de salud, y la gran mayoría está en el IMSS; solamente 1.7% cuenta con un seguro privado y 4.3% no está afiliado a algún seguro de salud, ni público, ni privado, pese a su condición de retiro del mercado laboral y/o de beneficiarios de un programa de pensión, lo cual no garantiza la atención a su salud (véase la gráfica 35). Aunado a esto, 0.8% está afiliado al Seguro Popular, institución que, como ya se ha expuesto, no está vinculada a la posición de los individuos dentro del mercado laboral o a su condición de retiro de éste.



Si se analiza el indicador de atención de la salud y su relación con la derechohabiencia, resalta el hecho de que la atención en servicios privados aumenta y supera la carga porcentual de las personas que reportan afiliación a estos servicios de salud; el valor para la atención privada es de 7.8% y, como ya se mencionó, sólo 1.7% tiene afiliación a estos servicios y existe, por lo menos en este caso, un sector de la población que realiza un desembolso económico para la atención de su salud. Los valores para el resto de los servicios de atención de la salud revelan que pese a contar con la derechohabiencia, la atención se lleva a cabo en otras instituciones; destaca que 0.6% de los jubilados y pensionados reportaron no atender su salud (véase la gráfica 36).



Dadas las características del censo de población, la información relacionada con recursos económicos sólo se encuentra disponible para la población que aparece activa en el mercado laboral. Por ello, una serie de preguntas relacionadas con estos temas no se realizaron para la población jubilada o pensionada pero sí para las personas que reportaron estar en alguna de estas situaciones y ser trabajadores.

Pese a representar solamente 1.1% del total de personas mayores de 60 años en el Estado de México,²⁸ parece prudente aplicar los indicadores relacionados con la seguridad económica en la vejez, para así realizar una aproximación a su situación y vislumbrar parcialmente las causas o motivos que los mantienen activos después del retiro, ante la falta de información en el censo sobre los montos de sus recursos y la administración de éstos para el desarrollo de su vida y su cotidianidad, los cuales se incluyen en otro tipo de trabajos estadísticos como las encuestas de gastos en hogares.

El grupo de las personas que se mantienen activas en el mercado laboral también se encuentra compuesto en su mayoría por hombres, aproximadamente el 70% es menor de 70 años;²⁹ la mayor parte se encuentra en edades en las que los deterioros físicos inherentes al envejecimiento biológico aún no están acentuados.

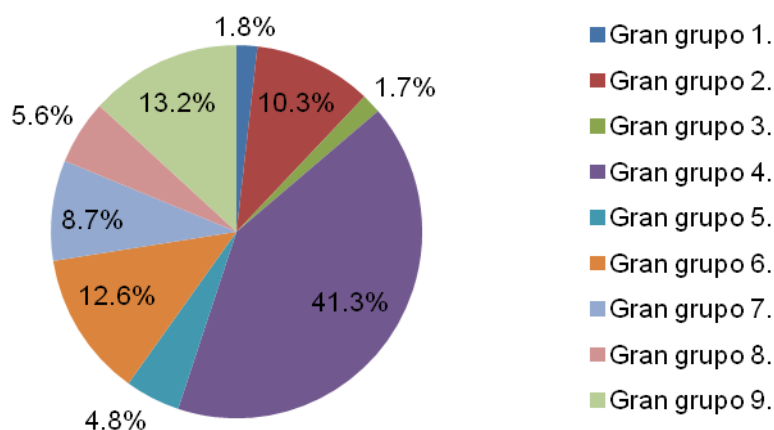
Las principales actividades realizadas por los jubilados y pensionados que se mantienen activos en el mercado laboral, no necesariamente son las mismas de las que se retiraron, la mayoría tiene empleos relacionados con el comercio y las ventas, le siguen en peso porcentual las actividades consideradas como elementales y de apoyo, después los trabajos en actividades primarias como la agricultura, la ganadería, la pesca, etc., con porcentajes de 41.3%, 13.2% y 12.6%, respectivamente (véase la gráfica 37).³⁰

²⁸ Ver Gráfica 14. Distribución porcentual por condición de actividad.

²⁹ Anexo I. Gráfica XI. Distribución porcentual por sexo de la población jubilada que se mantiene activa en el mercado laboral; Gráfica XII. Distribución porcentual por grupos quinquenales de la población jubilada que se mantiene activa en el mercado laboral.

³⁰ Clasificación Única de Ocupaciones: Gran grupo 1: Funcionarios, directores y jefes; Gran grupo 2: Profesionistas y técnicos; Gran grupo 3: Trabajadores auxiliares en actividades administrativas; Gran grupo 4: Comerciantes, empleados en agentes de ventas; Gran grupo 5: Trabajadores en servicios personales y vigilancia; Gran grupo 6: Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca; Gran grupo 7: Trabajadores artesanales; Gran grupo 8: Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte; Gran grupo 9: Trabajadores en actividades elementales de apoyo (INEGI, 2011a).

Gráfica 37.
Distribución de los grupos de la CUO en la población jubilada y/o pensionada que se mantiene activa en el mercado laboral.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Al incluir la variable de sexo (véase la tabla 7), los grupos que ocupan la mayor carga porcentual para el total de hombres, son el grupo 4, grupo 6 y grupo 9, 37.0%, 14.7% y 12.0%, comerciantes, trabajadores en actividades primarias y en actividades elementales de apoyo, respectivamente; para el total de mujeres, los datos exponen que más de la mitad se dedica a actividades comerciales, 58.4%, 17.9% realizan labores elementales y 8.3% efectúan actividades artesanales. Los roles de género se ven traducidos en las oportunidades laborales que tienen, pero también aparecen los roles de edad.

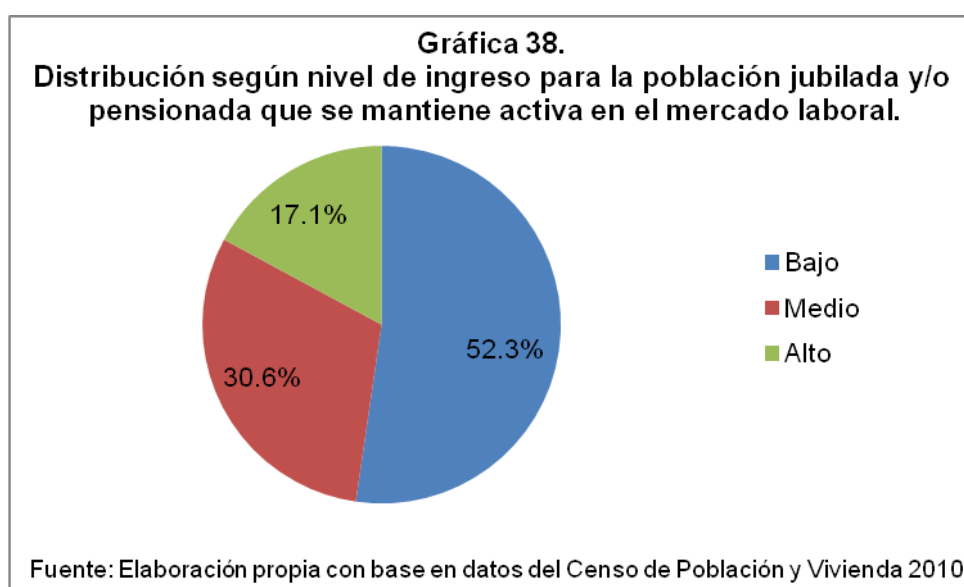
Tabla 7. Distribución por sexo de la población jubilada y/o pensionada en los grupos de la CUO.

	Gran grupo 1	Gran grupo 2	Gran grupo 3	Gran grupo 4	Gran grupo 5	Gran grupo 6	Gran grupo 7	Gran grupo 8	Gran grupo 9
Hombres	2.2%	10.8%	2.0%	37.0%	5.1%	14.7%	9.2%	7.0%	12.0%
Mujeres	0.4%	8.3%	0.7%	58.4%	3.9%	4.0%	6.5%	0.0%	17.9%

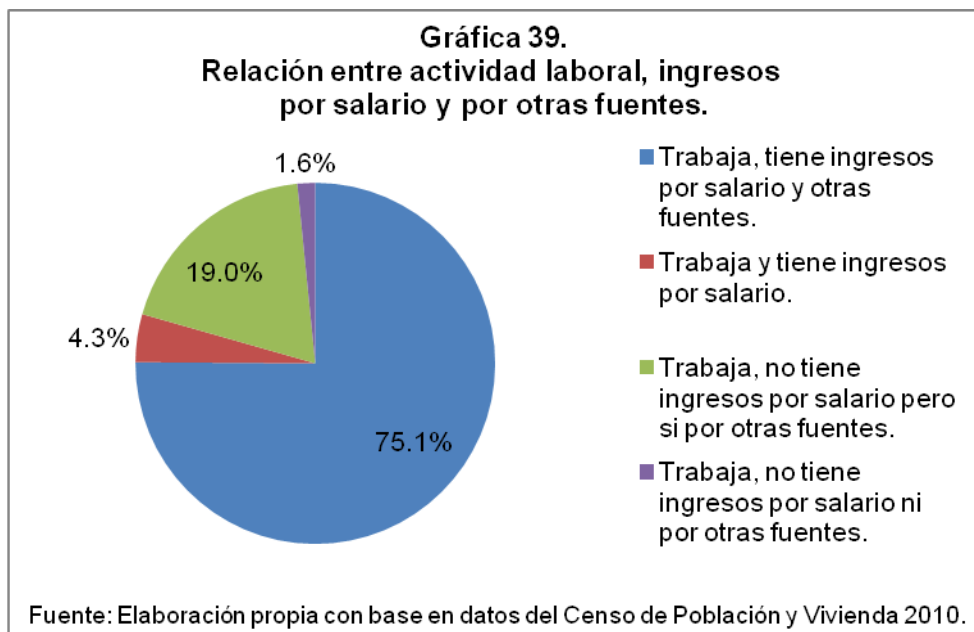
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Los valores que predominan en nuestra sociedad y aparecen de manera concreta dentro del mercado laboral son la productividad y la eficacia, además del poder de rentabilidad y competencia, se considera que estos valores son ajenos a los adultos mayores quienes pese a su conocimiento, habilidad y experiencia,

enfrentan situaciones de rechazo, marginación y devaluación (Rodríguez, 1999, p. 128). En los grupos contruidos con el indicador de salario mínimo (véase la gráfica 38), sin considerar los montos que podrían estar percibiendo por una pensión o por otra fuente, más de la mitad de esta población (52.3%) se encontraba en el año 2010 en el nivel bajo, percibiendo entre cero y menos de un salario mínimo al mes que, para ese momento, era menor de \$1 634 pesos mexicanos; 30.6% contó con ingresos entre los \$1 634 y los \$4 901 pesos; y solamente 17.1% tuvo salarios mayores a estas cantidades.



A lo largo de esta investigación, afortunadamente fue posible identificar la distribución porcentual de los que recibieron ingresos por salario así como por otras fuentes, que en este caso podrían ser una pensión, pero también apoyos gubernamentales o ingresos provenientes de su red de apoyo, tanto familiar como extra familiar, no así los montos de estas aportaciones. Por ejemplo, 75.1% reportó ingresos conformados por su salario y por un apoyo proveniente de otra fuente, y 4.3% reportó contar solamente con ingresos por salario (véase la gráfica 39).



Resulta alarmante que 20.6% de la población jubilada y pensionada que continua activa en el mercado laboral, no está recibiendo ingresos por estas actividades. Si bien se puede hablar, según lo expuesto en los grupos por actividad, que un porcentaje puede estar desarrollando actividades primarias en las que el autoconsumo pueda ser una opción o el manejo y administración de negocios propios, los datos también revelan contextos de abuso y desvalorización de la fuerza de trabajo del adulto mayor, los cuales pueden generar o incrementar situaciones de vulnerabilidad, incidiendo en los aspectos objetivos y subjetivos de su calidad de vida.

En términos concretos destaca el hecho de que la población jubilada, según la información censal y la generada haciendo uso de los indicadores desarrollados, es una minoría dentro del colectivo de adultos mayores y está conformada principalmente por menores de 70 años, hombres con bajo nivel educativo y sin formación profesional; las decisiones que han tomado con base en su capacidad de acción en su entorno y durante su ciclo de vida, permeados en parte por condiciones sociales, culturales, económicas e incluso políticas de características muy específicas, los han posicionado en una situación de relativa

ventaja con respecto al total, especialmente en materia de acceso a la derechohabencia pública y a la atención de su salud.

Desde la perspectiva anterior parecería que su calidad de vida, en términos objetivos, es relativamente buena, especialmente en comparación con el total; sin embargo, se debe reconocer que han existido limitaciones en el análisis cuantitativo. Es necesario conocer más sobre su estado de salud y sobre la seguridad económica de este grupo poblacional, es decir, los montos y las fuentes de ingreso con las que pueden contar y disponer las personas mayores jubiladas, así como sus principales gastos. Además, hay que incorporar información sobre el entorno residencial en el que se desarrolla su cotidianidad, aspectos físicos y sociales, por mencionar algunos elementos, razón por la cual en la siguiente sección también se indagará sobre estos aspectos pero desde una perspectiva cualitativa.

Capítulo 3. Evaluación cualitativa de la calidad de vida

La calidad de vida de las personas mayores ha llegado a ser definida teóricamente como un concepto de bienestar compuesto por elementos objetivos, los cuales son cuantificables por diversos medios y fuentes; además, está conformada por elementos de orden cualitativo que sólo pueden ser descritos por los sujetos cuando se realiza una evaluación y/o análisis sobre sus condiciones de vida. Es la percepción que tienen sobre su situación, espacio en el que entran en juego aspectos individuales pero también sociales pues se considera lo que es o puede ser entendido como satisfactorio o deseable, así como justo y digno, en el desarrollo del ciclo de vida dentro de la sociedad.

En el presente capítulo se realiza una aproximación a los ya referidos elementos cualitativos y se hace uso de la entrevista como herramienta metodológica, esto para evaluar la información obtenida en conjunto con el trabajo cuantitativo ya expuesto. Se inicia con la muestra de los elementos sobre el desarrollo de las entrevistas y se da un breve perfil de los sujetos que participaron en esta investigación; se continúa con la presentación del trabajo realizado sobre los temas del envejecimiento poblacional y el proceso de envejecimiento individual, y después se exhibe lo analizado cualitativamente sobre la seguridad económica, la atención a la salud y los entornos favorables en la vejez.

3.1. Las entrevistas

En la sección metodológica de este trabajo de investigación se abordó el tema de los diversos tipos de entrevista que existen y el espectro de posibilidades que tiene como técnica dentro de la investigación social. Valero García (2005) reconoce que en las entrevistas abiertas, estructuradas o semiestructuradas, el investigador interviene activamente en el proceso de significación del objeto social analizado y que se construye y dota de sentido en el proceso dialéctico entre el entrevistado y el entrevistador, en donde ambos participan subjetivamente.

El objeto de este proyecto de investigación es la calidad de vida. Al considerar la complejidad de este concepto y los múltiples factores que lo determinan, tanto objetiva como subjetivamente, al igual que en la sección cuantitativa para el abordaje cualitativo se establecieron unidades analíticas con el objetivo de recuperar lo planteado por el CELADE para la evaluación de la calidad de vida (2006). Estas unidades se encuentran interrelacionadas, dadas sus características, por los temas que tratan y las atraviesan, permeando así la configuración del objeto de estudio. Éstas son las siguientes: *Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual; Salud y vejez; Seguridad económica en la vejez; Envejecimiento y entornos favorables.*

Dichas unidades fueron incluidas en el diseño de la guía de una entrevista semiestructurada, la cual estuvo compuesta por un total de 128 reactivos, divididos entre las nueve unidades: *Envejecimiento poblacional y Envejecimiento individual, Mercado laboral, Sistema de seguridad social, Sistema de jubilaciones y pensiones, Ciclo de vida, Trayectoria de vida, Redes sociales de apoyo, y Calidad de vida*, que a su vez estuvieron compuestas por otros elementos.³¹ Se llevaron a cabo dos entrevistas de prueba con voluntarios, y gracias a estas pruebas piloto se pudo reorganizar y mejorar la guía.

Para la realización de las entrevistas se estableció contacto con la Asociación Seccional de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del Instituto Mexicano del Seguro Social, Sección XXXVII, Zona Toluca, A.C. “Nuevos Horizontes” (A.S.A.T.J.P.I.M.S.S. A.C), la cual es reconocida por el IMSS y por el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y es actualmente presidida por la Licenciada en Enfermería, Lucía Arminda Calderón Sánchez, quien ofreció apoyo al desarrollo de esta investigación.

Esta organización forma parte de un órgano central con presencia en todas las delegaciones del IMSS, tiene aproximadamente 25 años funcionando y como

³¹ La guía de entrevista se incluye en el Anexo III.

objetivo “*Preservar la salud y elevar el rango económico, social y cultural de los trabajadores jubilados y pensionados del IMSS.*”³² Cuenta con un acta constitutiva en donde se especifican derechos y obligaciones de los asociados, así como su estructura por secretarías, cada una enfocada a la atención de temas específicos e integrada por miembros de la asociación que participan de manera voluntaria.

Los integrantes de la asociación, que formaron parte de la fuerza laboral del IMSS, pueden afiliarse sin importar el puesto o los cargos que ocuparon durante su etapa como trabajadores en activo, ni su tipo de contratación. También pueden participar familiares de trabajadores beneficiarios de una pensión. La afiliación es voluntaria y tiene una cuota de recuperación anual. Es pertinente mencionar que no todos los jubilados o pensionados se unen a este grupo, pero es en éste en donde se reúne un número importante de ellos. Al momento del contacto con la asociación, ésta contaba con 719 miembros.

La asociación brinda atención general los días lunes, miércoles y viernes, en un horario de 10:00 a 13:00 hrs., en una oficina exclusiva dentro de las instalaciones del IMSS en la ciudad de Toluca, Estado de México. También realiza asambleas generales el segundo miércoles de cada mes, eventos en los que se reúne el mayor número de jubilados y pensionados. En estas asambleas, con apoyo y reconocimiento de la presidenta de la asociación, se realizó una invitación para participar en este proyecto de investigación, y los requisitos incluían únicamente tener 60 años o más y ser jubilado del IMSS.

Al final de las asambleas se realizó un primer contacto con las personas interesadas en participar en esta investigación, en donde se les expuso brevemente la dinámica de la entrevista (que se contaría con una guía de preguntas, el audio sería grabado, los temas a tratar, así como el carácter confidencial de la entrevista y que, según su decisión, se podía llevar a cabo en su domicilio o en un sitio público). Después de este encuentro, en algunos casos la

³² Información disponible en el folleto informativo de la asociación “Nuevos Horizontes”.

respuesta fue negativa; en otros, se procedió a un intercambio de información básica (nombre completo, edad, cargo o cargos ejercidos, tiempo de jubilado) y datos para mantener el contacto y poder agendar una cita.

Del total de interesados fue posible concretar 10 entrevistas, de las cuales cinco fueron de mujeres y cinco de hombres. De éstas, tres fueron en el grupo quinquenal 60-64, cuatro en el grupo 65-69, dos en el grupo 70-74 y una en el grupo 75-79. Seis de estas entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de los entrevistados y cuatro en lugares públicos. El audio de las entrevistas fue grabado y se obtuvieron 15 horas con 55 minutos en total de material de audio. La duración promedio de las entrevistas fue de aproximadamente 1 hora, 30 minutos.

Todas las entrevistas fueron transcritas haciendo uso del procesador de textos Microsoft Word y analizadas usando el programa Atlas.ti versión 5.0. El análisis se centró en el significado de las unidades analíticas establecidas en las preguntas, por lo que se crearon códigos relacionados con las unidades previamente implantadas, permitiendo así la identificación de las declaraciones sobre una misma temática dentro del conjunto de las entrevistas (Kvale, 2011, p.138).

3.1.1. Reseña biográfica de los entrevistados³³

1. *María*, 60 años, originaria del Estado de México, ingresó al IMSS en el área médica en los años ochenta. Se jubiló dos años después de lo establecido en el contrato colectivo del IMSS. La decisión de permanencia fue porque ella consideraba sentirse bien, no envejecida. Se ha enfocado al cuidado de sus padres en momentos separados y actualmente se encarga de la atención y cuidados de su madre, por lo que sus actividades cotidianas se enfocan a esto. Vive con su hijo, su nieta y su madre; su pensión y una parte proporcional de la

³³ Se han cambiado los nombres verdaderos de los entrevistados por razones de confidencialidad y con relación en lo acordado con ellos sobre el manejo de datos e información.

pensión de su madre son los únicos ingresos del hogar. Ella no desea vivir un envejecimiento como el de sus padres pues considera que no cuenta con las redes de apoyo familiar necesarias para vivir su vejez con tranquilidad, por lo que acude a la asociación de jubilados en busca de que se desarrolle un proyecto de una casa de retiro.

2. *Tania*, 61 años, originaria del Estado de México, inició su vida laboral a los 30 años e ingresó al Seguro Social; eventualmente consiguió su base y un ascenso laboral. Tiene aproximadamente un año de jubilada, situación que no ha sido tomada con agrado pues no deseaba jubilarse y el proceso fue prácticamente azaroso. Aunado a esto, en fechas próximas a su jubilación, un familiar muy cercano, realidad que ha marcado profundamente su salud emocional y sus relaciones con otros individuos. Actualmente brinda apoyo residencial a familiares; además, se encarga de la atención de su madre, quien tiene padecimientos crónicos degenerativos.

3. *Elisa* tiene 62 años y es originaria del Estado de México. A la par de su formación como profesional de la salud inició su vida laboral, se jubiló en el 2010, dos años después de lo estipulado en el contrato colectivo de trabajo. Ella no deseaba jubilarse, sin embargo la búsqueda de tranquilidad ante la responsabilidad que representa su especialidad médica permeó su decisión de retiro del mercado laboral. Actualmente vive con su esposo, quien aún trabaja. Sus hijas han establecido hogares propios e independientes y de vez en cuando le dejan a su cargo a sus nietos, situación que ella no disfruta del todo. Considera que su estado de salud es bueno y que el hecho de tener una pensión le brinda y le va a seguir brindando tranquilidad.

4. *Diana*, 65 años, es originaria del estado de Michoacán. Migró al Estado de México para estudiar. Inició su vida laboral muy joven dentro del Seguro Social, se jubiló tras 27 años de vida laboral en la segunda mitad de la década de los años noventa. Después de jubilarse se incorporó brevemente al ejercicio privado de la

atención de la salud; sin embargo, deseaba no seguir horarios establecidos, sentía que sus conocimientos no estaban actualizados y que sus capacidades físicas no le permitían ejercer con tranquilidad y satisfacción su profesión, por lo que se retiró definitivamente. Es hipertensa y está en tratamiento médico permanente. Realiza actividades deportivas y recreativas que disfruta ampliamente. Actualmente, al ser la única jubilada de sus hermanos, se hace cargo de la atención de su madre, quien se encuentra en un estado delicado, derivado de accidentes domésticos y padecimientos crónicos degenerativos.

5. *Oscar*, 66 años, originario del Estado de México. Laboró en el área médica y de investigación del IMSS. Después de su jubilación comenzó a manifestar cambios negativos en su salud por lo que regresó a la institución en el área de enseñanza, y dio clases y asesorías a estudiantes de medicina y enfermería que realizan prácticas y residencias en el hospital; dejó el cargo pues no desea tener presiones por cumplir con horarios fijos, pero continua dando asesorías y clases sin paga y además permanece realizando investigación en salud. Actualmente vive solo en una residencia propia. Tiene hijos, disfruta su compañía pero considera que el trato hacia él, de parte de ellos, a veces es como si tuviera alguna discapacidad; apoya económicamente a su familia. Está en tratamiento médico permanente por padecimientos crónicos degenerativos. Considera que está viviendo su año sabático y le gustaría realizar actividades que no ha hecho hasta el momento, como viajar.

6. *Diego*, 67 años, originario del Estado de México, ingresó al IMSS en un puesto sindicalizado en el área de conservación y mantenimiento; al momento del retiro desempeñaba un cargo también sindicalizado. Vive en casa propia con su esposa y una hija. Se jubiló en los años noventa y no ha vuelto a trabajar desde entonces, por ello su pensión es el único ingreso económico del hogar. No tiene ningún padecimiento crónico degenerativo, realiza actividades deportivas de manera regular, manifiesta haber disminuido su actividad física diaria por recomendación médica, cuando requiere atención de su salud acude a una clínica del Seguro

Popular cerca de su domicilio. Expresa mucha satisfacción por haber tenido una carrera institucional que le permitiera adquirir bienes y garantizar ingresos para la vejez de él y de su esposa, pero menciona que le hubiera gustado ascender de puesto para poder tener una mejor pensión y se arrepiente de haber convencido a su esposa de no laborar cuando nacieron sus hijos. Su esposa y él apoyan a sus hijos porque cuidan a sus nietos. No reciben apoyo económico pero expresa que existe comunicación constante y buenas relaciones.

7. *Emilio*, 69 años, es originario del estado de Baja California Norte. Migró en su juventud ante la falta de opciones de estudio en su región de origen. Inició su vida laboral cuando aún estudiaba y eventualmente ingresó al IMSS. Se jubiló tras 28 años de vida laboral en el IMSS, a los 60 años; ahora se arrepiente de su decisión pues considera que aún le quedaban varios años de vida útil y pudo haber compartido su experiencia con las nuevas generaciones. Manifiesta también su insatisfacción por no haber podido integrarse a la planta académica de alguna universidad, pues consideró que por su edad ya no lo contratarían. No ha vuelto a trabajar, desde entonces, más que en el entorno familiar. Por el momento considera que no volvería a trabajar pues su profesión es una actividad de alto riesgo y sus capacidades físicas no son las mismas. Vive con su esposa, también jubilada, y ambos aportan al hogar, situación que le causa tranquilidad. Él y su esposa apoyan económicamente a su familia, y disfruta hacerse cargo de sus dos nietos por las tardes.

8. *Josefina*, 70 años, originaria del Estado de México, inició su vida laboral en 1961, ingresó al IMSS en 1967 en un puesto administrativo con cargo sindicalizado, se jubiló en los años noventa con un cargo de confianza. Actualmente vive sola en una residencia propia, no tiene pareja, ni hijos. Recibe una pensión por años de servicio a la institución, no trabajó después de la jubilación y ésta es su único ingreso. Su estado de salud es de cuidado, es hipertensa y diabética, y la atención de su salud ha sido de manera privada; sin embargo, iniciará con la atención en el Seguro Social por no poder seguir

costeando el servicio médico por su cuenta. Expresa satisfacción con su vida hasta el momento, especialmente con lo que respecta a sus relaciones familiares y su vida laboral. Participó en actividades comunitarias en su iglesia y actividades deportivas, mismas que dejó de realizar hace pocos años pues vio reducidas sus capacidades físicas. Actualmente desea vivir una vida tranquila.

9. *Miguel*, 75 años, es originario del estado de Zacatecas. Inició su vida laboral a la par de su formación académica como médico. Ejerció un puesto de confianza. La carga de trabajo y las responsabilidades de este empleo generaron afectaciones en su salud, razón por la que se jubiló y actualmente continúa en tratamiento médico. Enviudó y hoy en día vive con una nueva pareja y él hijo de ésta. Su ingreso es el principal aporte económico al hogar. Manifiesta tener relaciones complejas con sus hijos.

10. *Felipe*, mayor de 70 años.³⁴ Ingresó al IMSS en la década de los sesenta y se jubiló como Jefe de Área en los años noventa. Desde entonces se ha dedicado a dar clases particulares de baile en diversos lugares e instituciones. Se considera afortunado por estar jubilado y tener una pensión, y considera que el envejecimiento poblacional puede ser beneficioso pues el colectivo de adultos mayores va a adquirir mayor fuerza política.

Tabla A. Información básica de los entrevistados.

Nombre	Edad	Estado Civil	Tipo de hogar³⁵	Área de Trabajo
María	60 años	Divorciada	Ampliado	Área médica - Medicina familiar
Tania	61 años	Divorciada	Ampliado	Área de nutrición
Elisa	62 años	Casada	Nuclear	Área médica - Quirófano
Diana	65 años	Soltera	Nuclear	Área médica - Medicina familiar
Oscar	66 años	Soltero	Unipersonal	Área médica - Investigación

³⁴ No informó su edad exacta el entrevistado.

³⁵ Los hogares son clasificados por el INEGI (2011b) en dos categorías, la primera, familiares, incluye los hogares nucleares, los ampliados y los compuestos; la segunda categoría, no familiares, está integrada por los hogares unipersonales y los de corresidentes. Más adelante, en la sección 3.5 Entornos favorables, se desarrolla de manera más amplia este tema.

Diego	67 años	Casado	Nuclear	Área Administrativa - Servicio generales
Emilio	69 años	Casado	Nuclear	Área de diagnóstico - Bioquímica clínica.
Josefina	70 años	Soltera	Unipersonal	Área administrativa
Miguel	75 años	Casado	Compuesto	Área médica - Administrativa
Felipe	Mayor de 70 años.	n.d.	n.d.	Área Administrativa - Servicio Generales

3.2. Envejecimiento poblacional e individual

El envejecimiento es un fenómeno multicausal que tiene repercusiones en diversos ámbitos de la vida social y, por lo tanto, ha sido abordado como tema de estudio por diversas disciplinas, las cuales lo han definido de múltiples maneras. Desde la sociodemografía, el envejecimiento poblacional es entendido como el aumento porcentual y total de personas en los grupos etáreos de 60 años o más, dentro de la estructura de edad de una población. Varias herramientas metodológicas como los censos y las encuestas permiten identificar características cuantificables de estos grupos, las cuales pueden aportar información útil para realizar una aproximación a las condiciones de vida objetivas de este grupo de población, pero también dar pie a estudios sobre los elementos subjetivos que les rodean.

En el capítulo anterior, de acuerdo con la información censal del año 2010, fue posible elaborar un perfil sociodemográfico de la población envejecida en el Estado de México; además, se captaron y generaron datos exclusivos para el sector que se encuentra jubilado. Dicho perfil forma parte de la sección cuantitativa de la evaluación a la calidad de vida de adultos mayores jubilados del IMSS, que es el objetivo principal de esta investigación.

En resumen, se pudo identificar que los adultos mayores jubilados en la entidad son una minoría dentro de total de la población de 60 años y más, la cual está compuesta principalmente por personas menores de 70 años y del sexo femenino, quienes cuentan en su extensa mayoría con afiliación a un sistema de

seguridad social que les permite acceder a servicios públicos de atención a la salud y a una pensión. En esta sección se indagará, mediante un acercamiento cualitativo, en estos datos y el resto de los elementos trabajados en el capítulo anterior, considerando que pueden y deben también ser alcanzados y analizados desde los procesos subjetivos de los individuos que forman parte de este colectivo.

Así como el envejecimiento puede ser apreciado y entendido mediante el uso de cifras y datos demográficos, también es posible encontrarlo como objeto de estudio en valores y elementos de carga cultural que permean las relaciones sociales, así como en los procesos autoreferenciales de los sujetos miembros de una sociedad (Meléndez Moral, 1996). Para poder conocer la evaluación cualitativa que hacen los sujetos sobre su calidad de vida en la vejez, es necesario conocer las ideas y valores que asignan a esta etapa de la vida, los cuales aparecen en su narrativa durante las entrevistas.

En una de las primeras secciones de las entrevistas se realizó un ejercicio en el que se les pidió a los informantes expresar, en términos concretos, las palabras o ideas que les vinieran a la mente al escuchar la palabra envejecimiento. En lo mencionado por ellos destacó la presencia de términos considerados socialmente positivos, como *sabiduría*, *tranquilidad*, *madurez* y *libertad*; por otro lado, términos como *deterioro*, *limitación*, *discapacidad* y *soledad*, también estuvieron presentes, lo cual presentó una situación de contrastes en el ideario imaginario colectivo del envejecimiento.

Meléndez Moral expone que el significado personal de vejez que cada individuo tiene está marcado por la propia experiencia directa, en contraste con las ideas presentes en la sociedad en la que nos desenvolvemos (1996, p. 41); en el análisis de las entrevistas fue posible identificar ideas sobre el envejecimiento poblacional así como las experiencias relacionadas con la vejez que han tenido los

entrevistado, especialmente dentro del núcleo familiar pero también en su comunidad y en el ambiente laboral.

Con respecto al envejecimiento poblacional, en la narrativa de las entrevistas se identificó que el aumento de oportunidades para la atención de la salud, tanto a nivel de infraestructura como de recursos humanos, técnicos y científicos, son considerados como los agentes responsables del aumento en la esperanza de vida. Ahora se viven más años y, en conjunto con un estilo de vida moderado, éstos pueden ser desarrollados con bienestar, para que los sujetos logren no solamente vivir más tiempo sino también adquirir mayor experiencia, y compartirla con su familia y su comunidad.

Anteriormente, hace 50 años, la gente, o un poco más, moría de 50 años o de cuarenta y tantos; mis abuelos no llegaron a los 50 y ahora ya mis tíos, mis padres, ya de 80, 90 años, (...) precisamente porque la ciencia se ha metido a investigar y ya tenemos mejor servicio médico, mejores medicamentos, más cuidado (...). Josefina, 70 años.

Además, el crecimiento de la población de adultos mayores comienza a ser perceptible en la cotidianidad y, desde algunos puntos de vista de los entrevistados, esta situación genera un aumento de la fuerza política de éstos como colectivo, ante la posibilidad de organizarse para plantear demandas y exigir derechos.³⁶ *“(...) a mí no me afecta que nos hagamos más viejos, es más, a mí me beneficia porque nos hacemos más en cuanto a grupo y pues tenemos más poder, a nosotros... ¡pues que envejezcan! (...) si estoy solito no me abren un centro de seguridad social (...) si estoy solito ni me pelan.” Felipe, edad superior a los 70.*

³⁶ Arellano y Santoyo (2011) desarrollaron una investigación en la cual abordaron diversos temas sobre la cotidianidad de los adultos mayores en la Ciudad de México, de su estudio destaca el análisis del panorama político en el que se encontraban los adultos mayores a finales de la década de los años noventa, en donde la participación se encontraba notoriamente delimitada por el ejercicio electoral, pese a que sus intereses y necesidades no se incluyeran dentro del programa y propuesta de los partidos políticos. Situación que ha cambiado notoriamente pues existen avances en su participación política, como ciudadanos, sujetos de derechos y colectivo, pero también en la incipiente aparición del tema del envejecimiento en la agenda de los partidos políticos.

(...) en unos 30 años México va a ser un país que le llaman, de manera muy superficial, de la tercera edad, adultos mayores, bueno, realmente ancianos, mayores de 60 años, de 65 años; esa población va a aumentar, es muchísimo más que antes, (...) a veces ya ni me hacen descuento en los autobuses porque nada más hacen descuento en dos lugares -Ahorita ya no hay para usted-. Miguel, 75 años.

Sin embargo, también aparecieron dos elementos relevantes: la falta de información y la perspectiva en la que se identifica al envejecimiento poblacional como un hecho sin efectos sociales, políticos, económicos, etc. Algunos sujetos expresaron no tener conocimiento sobre las características demográficas del país, ni sus causas, ni sus implicaciones en la vida social.

Los que identificaron problemáticas las ubicaron especialmente en el ámbito económico y de la atención de la salud, y consideraron que éstas son generadas en parte por la falta de atención de demandas específicas de la situación demográfica, traducido en la mala administración y previsión de las autoridades gubernamentales, así como en la falta de capacidad de las instituciones, las familias y los individuos, para responder a los retos del presente.

Con respecto a lo económico, los adultos mayores coinciden en la importancia que tienen los ingresos para el bienestar en la vejez y les resulta especialmente alarmante la situación del sistema de pensiones, del cual se difunde constante y ampliamente información que lo reporta en crisis por el aumento de la población retirada. Es posible afirmar que esto es así ya que es un tema que incide directamente en su situación particular como jubilados beneficiados por un programa de esta índole. *“(...) va a llegar el momento en que vamos a haber más jubilados, más pensionados...la cosa es lo económico ¿no? y además para ver si alcanzan las pensiones (...).”* Elisa, 62 años.

(...) eso ya se sabía hace muchos años y pues no se le puede echar la culpa a eso, eso ya se sabía, que no se haga nada es el problema y esa es la

responsabilidad de la gente que nos administra el poder y las situaciones, eso ya se sabía (...) eso es lo que nos parte ¡no es la edad! Felipe, edad superior a los 70 años.

En términos de salud y de su atención identifican, especialmente quienes se han dedicado directamente a la atención de la salud en el IMSS, el aumento de padecimientos crónico degenerativos que fueron y son prevenibles, los cuales demandan recursos humanos y materiales para su atención en las instituciones de salud, además de retos para las familias.

(...) la cuestión del bono poblacional obliga a que se tomen medidas que hasta el momento no han sido factibles, por ejemplo, la formación específica de profesionales que atiendan a este tipo de población, serían geriatras y gerontólogos, y tampoco se tiene la infraestructura hospitalaria para atenderlo (...) Realmente el destino ya nos está alcanzando y llegamos a un punto en que los hospitales no tienen el número apropiado de camas para una situación, para poder subsanar una situación emergente como accidentes o situaciones parecidas, debido a que los hospitales (sobre todo lo servicios de medicina interna y afines) están llenos de pacientes con complicaciones de prioridad crónico degenerativas derivados de problemas de hipertensión, de diabetes, los problemas de degeneración articular y otros, y esto ocasiona que la atención que se da pues tenga problemas muy fuertes donde los presupuestos realmente se quedan cortos para poder dar la atención que los pacientes requieren(...). Oscar, 66 años.

Aparecieron también situaciones que en general resultan un tanto contradictorias, pero que exponen la diversidad de condiciones factibles de darse durante la vejez. En algunos casos los sujetos identifican un cambio de actitud y de trato hacia el adulto mayor, especialmente perceptible en acciones y programas gubernamentales, así como en los medios de comunicación y también en su comunidad. *“(...) ya hay un poco más de consideración de posibilidades para ellos, más ayuda, más que nada, sí, del gobierno porque pues ya les dan que despensas o alguna ayuda económica, ya es un poco más de buen trato para ellos.” Tania, 61 años.*

Al mismo tiempo, otros reconocen un cambio de actitud en el sentido inverso. El adulto mayor como sujeto merecedor de respeto es una figura que se desvanece, situación recurrente en diversos niveles de la vida social, específicamente dentro de la familia, lo que se exacerba conforme aumenta la edad y las limitaciones físicas.

(...) antes teníamos un poquito más de respeto por el adulto mayor...bueno también pasa de que dicen 'Ya chochea, ya no le hagas caso', y es parte de esto, (...) todavía se va acentuando más el que te van haciendo a un lado o de que dicen que 'Sabe más el diablo por viejo que por diablo', pero te dicen '¿Sabes qué? Estás loca ¡no!... eso ya pasó a la historia' (...). Diana, 65 años.

Las experiencias relacionadas con el envejecimiento y la vejez resultan relevantes porque pueden ser referentes para la evaluación de su propio proceso. En diversas entrevistas salió a la luz el contacto que los sujetos informantes han tenido con su comunidad, en donde han podido ser testigo de situaciones críticas que exponen la violencia, vulnerabilidad y desprotección de la que los adultos mayores pueden ser objeto, incluso dentro del círculo familiar.

(...) yo iba a saludar a los enfermitos y uno trata de darles todo el cariño y todo y uno veía que a casi todos los ancianos los tenían en la habitación más abandonada, más sola, más triste de la casa, en el rincón sucio, con una tasa o hasta un jarro que en esta actualidad en las ciudades, bueno...ya no se usa, pero bueno, un jarro ya todo seco en donde le llevaban su atole, su leche, ya todo abandonado, y era la dueña de la casa la viejita pero la tenían hasta allá, y así, así, muchas de esas experiencias de esas viví; raro el anciano que lo tenían bien atendido, otro que 'No, ya no está aquí- le dio la casa a la hija y la hija lo mandó al asilo' (...). Josefina, 70 años. Al realizar actividad comunitaria.

En el ámbito laboral destacaron experiencias de los profesionales de la salud, quienes al tener contacto directo con los pacientes pudieron identificar casos en donde quedaban en evidencia situaciones límite de abandono y acciones desesperadas que ejemplifican, desde su perspectiva, la realidad de muchas

personas adultas mayores y sus familias, a la vez que marcan los retos para las instituciones. “(...) *un día tuvimos un paciente en quirófano (...) como estaba abandonado, solito, se encajó un cuchillo porque nadie estaba cerca de él (...) a mí se me grabó eso, un señor ya como de setenta y tanto años y pues se sentía solito (...).*” Elisa, 62 años.

(...) hicimos un trabajo con una tesista de medicina donde se exploraron 100 personas que tenían diabetes, 100 personas hipertensas y 100 personas que no tenían ningún problema, de edades semejantes. Lo que encontramos es que en los crónico degenerativos, al principio, la familia está muy al pendiente de la evolución de su padecimiento; sin embargo, con el paso del tiempo estos pacientes se vuelven una carga social muy importante. El hecho es que cuando se complica lo llevan al hospital y es muy frecuente que Trabajo Social tenga que ir al domicilio para que vayan a recoger a su paciente. Van y lo abandonan en el hospital (...). Oscar, 66 años. Investigación relacionada con adultos mayores.

En el ámbito familiar, las experiencias relacionadas con el envejecimiento y la vejez se encuentran en la mayoría de los casos vinculados con el cuidado y la atención hacia los padres, la cual es o fue llevada a cabo casi exclusivamente por mujeres. En esta sección fue posible identificar distintos tipos de situaciones que pueden ser agrupadas en dos conjuntos. Primero, en la que la atención del adulto mayor es o fue llevada a cabo con el apoyo de una red familiar, es ejercida con responsabilidad y con gusto, como en el siguiente testimonio:

(...) ¿cuál es tu prioridad?, y pues mi prioridad era mi madre. Mi mamá estaba enfermita y me iba yo y la dejaba, y yo decía: bueno ¿pero por qué me voy y la dejo?, mejor me voy a dedicar a ella, no sé cuánto tiempo me vaya a durar. Y me dediqué a ella, porque cuando yo me jubilé mi papá ya no estaba, entonces me dediqué a ella, a llevarla, atenderla, de allá para acá, disfrutarla. Josefina, 70 años.

Contrapuesto a lo anterior, se presentó una segunda situación en la que las relaciones familiares son tensas y la integridad del adulto mayor, así como del cuidador, se ha visto comprometida. En ambos casos, la demanda de recursos

económicos y de tiempo, especialmente para el cuidador, es una realidad y aportan elementos para procesos autoreferenciales sobre la vejez propia.

(...) ahorita estamos enfocadas a mi mamá que ya está grande. Éramos cinco (...)pero pues desertaron y ahora nada más una hermana y yo estamos cuidando a mi mamá porque ya no quisieron(...)ya no la quieren ver porque está grande (...)No valoran eso de que la mamá nos vio, y yo digo: De aquí para adelante, yo todavía estoy cuerda y tengo que prever mi futuro, no puedo esperarme a ver que me va a pasar, no, es mejor prever (...) yo no quiero verme en ese espejo, yo quiero pues a futuro que sea otra cosa. María, 60 años.

El envejecimiento individual es un proceso biológico, psicológico y social en el que se alcanza una edad avanzada por el paso del tiempo en el organismo, pero que no puede ser reducido a una visión cronológica; no se activa o inicia al alcanzar una determinada edad pues está permeado por las particularidades del ciclo vital de los individuos y su contexto social, económico, político y cultural, por mencionar algunos elementos, los cuales influyen en el establecimiento de condiciones de bienestar o de vulnerabilidad.

Peña, Terán, Moreno y Bazán (2009), exponen que el abordaje del tema del envejecimiento desde la perspectiva médico biológica ha estado enmarcado por modelos teóricos en los que la vejez aparece como una época de inactividad, deterioro y desgaste físico e intelectual; sin embargo, en la actualidad existen nuevos enfoques en los que se reconoce que el envejecimiento biológico es un fenómeno mucho más complejo determinado principalmente por dos vertientes, la programación genética particular y la expectativa de vida, en ambos, como ya se ha mencionado, los contextos micro y macro en los que se ha desarrollado y desarrolla la vida del sujeto resultan relevantes.

En continuidad con lo anterior, los mismos investigadores refieren que el envejecimiento del cuerpo es una situación muy particular ya que los órganos y los sistemas de un individuo no envejecen al mismo tiempo ni al mismo ritmo (Peña,

Terán, Moreno & Bazan, 2009, p.55). En el grupo de entrevistados, las situaciones son diversas pero todos declararon detectar transformaciones en su organismo, mismas que son atribuidas a su proceso de envejecimiento “a la edad” y se manifiestan en cambios en sus capacidades físicas e intelectuales, los cuales generan también cambios voluntarios o forzosos en su cotidianidad, en su interacción con otros y con su entorno. *“(...) he viajado mucho pero ya le he bajado un poquito porque ya también las fuerzas [Se van]...ya la edad, todo eso. Me cuido de que me pase algún accidente, de que me vaya a caer, a lastimar y pues luego...pues ya no es lo mismo.”* Josefina, 70 años.

“(...) mi vida ha cambiado y ha sido a base de mantenerme activo, a base de hacer ejercicio y eso me ha cambiado la vida, me ha mantenido mi cerebro sano, mi cerebro está bien (...) se me olvidan las cosas a veces, pues sí, por la edad que tiene uno (...).” Diego, 67 años.

En el caso de los profesionales de la salud, el conocimiento de su disciplina les ha permitido elaborar un diagnóstico más específico sobre los cambios en su cuerpo, en sus capacidades y limitaciones, especialmente en su estado de salud, aspecto que será tratado con mayor profundidad más adelante.

(...) hasta ahorita todavía no he tenido problemas importantes excepto la presbicia clásica en personas arriba de los 50 años, como enfermedades del medio...del medio siglo que se carga uno encima (...) Las limitaciones poco a poco van siendo mayores, a pesar de que no tengo un problema metabólico severo pues ya empiezan a manifestarse algunas cuestiones de neuritis periférica, a veces calambres, a veces adormecimientos (...). Oscar, 66.

Es real la diversidad existente en el envejecimiento individual, por ello resulta pertinente la identificación de elementos generales que brinden información sobre el tema. En el capítulo anterior, con el uso de variables e indicadores se pudo realizar una aproximación a condiciones objetivas de esta población desde la información censal, así fue posible identificar diferencias significativas dentro de

la población seleccionada, especialmente marcadas por las diferencias en la edad y por el género. En la sección cualitativa también aparecen en el enfoque de la vejez como un proceso psicológico y social.

Si bien esta investigación no pertenece a la disciplina de la psicología, ni pretende serlo, el enfoque y el objetivo planteados permiten e incitan a la realización de aproximaciones sobre los procesos mentales, ya que el envejecimiento como proceso psicológico se relaciona, a grandes rasgos, con la manera en la que se asimila y/o enfrenta la realidad subjetiva de la vejez en un contexto social.

Ya se ha expuesto que el envejecimiento no puede ser reducido a una visión cronológica. Es un hecho que con el avance de la edad se dan cambios biológicos pero esto no indica que se pueda establecer una marca numérica exacta en la que se envejece, en términos jurídicos sí, pero por lo menos no en términos de transformaciones sociales y de manifestaciones psicológicas. ¿En qué momento uno se comienza a considerar viejo o como un ser que envejece?

En el desarrollo de este capítulo se han presentado diferentes visiones y opiniones sobre el envejecimiento y sobre la vejez, basadas en los conocimientos y experiencias que los sujetos entrevistados han tenido durante su ciclo de vida. En continuidad con esto, al momento de hablar sobre su propio proceso de envejecimiento, aparecen elementos como la identidad,³⁷ el autoconcepto³⁸ y la autovaloración,³⁹ los cuales son parte del proceso psicológico del envejecimiento y en conjunto son de interés para esta investigación, por el peso que tienen en la configuración de la calidad de vida.

³⁷ Moragas, recuperando a Whitbourne y Weinstock, define a la identidad como la integración del conocimiento que el sujeto tiene sobre su potencial, físico y mental, de sus ideas, objetivos, motivos, limitaciones, así como de los roles a cumplir en su sociedad (Moragas, 2004, p.81).

³⁸ Entendido como la deliberación que realiza el sujeto del contraste existente entre lo que el sujeto piensa sobre sí mismo y lo que los sujetos piensan de él (Moragas, 2004, p. 83).

³⁹ Concepto que hace referencia a la evaluación que realiza el sujeto sobre su propia situación, utilizando como referencia a sus semejantes (Moragas, 2004, p. 84).

El reconocimiento de la vejez propia aparece como un proceso complejo para los sujetos, ya que elementos como los arquetipos culturales, roles sociales, la esperanza de vida específica dentro de la población en la que vive y los modelos particulares de vejez, convergen y contrastan en él (Meléndez, 1996). Al respecto, Moreno Toledo (2010) expone que en la sociedad se condiciona una serie de actitudes con respecto a la edad, es decir, que a cada etapa del ciclo de vida se le asignan objetivos y pautas específicas, las ideas vinculadas a la vejez han sido integradas por investigadores del tema en el viejismo, término que se expone a continuación.

De Miguel y Castellano (2010) realizaron un trabajo en donde exponen el concepto de 'viejismo' (ageism), retomando el trabajo de Butler (1969)⁴⁰ quien lo acuñó a finales de la década de los sesenta, para hacer referencia a los estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación enfocadas al proceso de envejecimiento, a la vejez y a los individuos envejecidos, pero agregando, después de una amplia revisión conceptual, la consideración de éste como un fenómeno socio cultural que tiene dos caras, una positiva y una negativa, las dos son dañinas y están marcadas por actitudes con tres componentes: prejuicio como efecto, discriminación como conducta y estereotipo como cognición (2010, p. 260).

Durante las entrevistas, los más jóvenes, aquellos menores de 65 años, mantuvieron en su discurso una posición en la que la vejez aparecía como algo ajeno, algo que conocen pero que no es parte de ellos, por lo menos no aún. Conforme aumentó la edad, se destacó en la narración el proceso de aceptación de la vejez e, incluso, se dieron casos en lo que del "ellos" se pasó al "nosotros"; sin embargo, el reconocimiento de la vejez significó la aceptación de afectaciones y limitaciones y, además, aunque no se habló sobre una cantidad concreta de años, el aumento de la edad apareció continuamente también como un sinónimo de vejez, una bandeja llena de deficiencias y limitaciones. "(...) *hay ciertas cosas que uno ya no puede hacer, hay alteraciones en el oído, ya no oye uno igual que*

⁴⁰ Primer director del Nacional *Institute of Ageing*, Estados Unidos de Norteamérica.

antes, ya no ve uno igual que antes, tenemos limitaciones y hay que reconocerlas, hay que aceptarlas, no seguir haciendo lo que hacía de joven.” Miguel, 75 años.

“(…) yo ya estoy mayor, no me siento anciana pero yo estoy consciente de que ya estoy mayor, de que ya tengo muchos más años.” Josefina, 70 años.

En la cultura de cada sociedad se construye, asigna y reproduce una idea sobre el envejecimiento, la vejez y las personas adultas mayores. En nuestra sociedad impera una imagen negativa, la cual limita la percepción que se tiene sobre estos elementos (Fajardo & Olivares, 2008).⁴¹ Indudablemente, el viejismo es parte fundamental del envejecimiento individual como proceso psicológico pero también como proceso social, pues juega un papel determinante en la configuración de roles sociales asignados, impuestos y hasta aceptados por los sujetos.

Moragas (2004), al hacer y exponer una revisión sobre el enfoque sociológico en el estudio del envejecimiento y la vejez, expone la importancia del estudio de los roles sociales o constructos sociales que definen una serie de derechos y obligaciones en los que debe reconocerse, comportarse y actuar socialmente un sujeto, sin dejar de lado la manera en la que éste se posiciona ante el rol o papel asignado.

El rol social define la ubicación de un individuo dentro de un sistema estructurado de relaciones. En esta organización, adopción y/o asignación de papeles a jugar e interpretar en la dinámica social aparecen elementos como la edad, el género, condiciones como el estado civil y familiar, así como la posición dentro del sistema de producción económica (Bentancor, 2010). En el caso de las sociedades en donde el sistema capitalista se encuentra bien establecido y

⁴¹ Se recomienda ampliamente la lectura del texto al que se hace referencia, titulado “El viejismo a través de la historia”, incluido en el libro de Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez. En éste se exponen, desde una visión socio histórico, el trato y las consideraciones sociales hacia el envejecimiento y hacia los viejos desde las sociedades antiguas hasta nuestros tiempos, y se agrega un estudio específico sobre nuestro país.

afianzado, como en México, la valorización de las personas se realiza en torno a su capacidad productiva; la juventud adquiere un estatus superior ante la vejez por considerar a ésta última como una etapa de decadencia e incompetencia y, por lo tanto, de pasividad y no producción.

Uno de los acontecimientos clave en la vejez individual, porque es un evento o hecho que marca el comienzo o fin de un rol, es la salida del mercado laboral, es la jubilación (Moragas, 2004, p. 109). Como fue posible apreciar en el capítulo cuantitativo de esta investigación, el retiro es una condición a la que solamente un porcentaje mínimo del total de los adultos mayores accede y que, en algunos casos, es por decisión propia y en algunos otros porque no hay otra opción de supervivencia. En el caso del grupo de población seleccionado para el estudio cualitativo, la jubilación es una característica distintiva.

La jubilación, desde un enfoque economicista, marca convencionalmente la entrada a la vejez, incluso antes de alcanzar la edad legal considerada como inicio de ésta; en la literatura especializada aparece como la entrada o el inicio del “rol sin rol”, esto por no ser reconocida socialmente como una etapa vital sino más bien como un estado de ocio desvalorizado. El individuo queda libre de obligaciones productivas pero pierde estatus, prestigio y poder (Moragas, 2004, p. 103; Vargas, Martínez, Martínez y Mendoza, 2008, p. 34).

(...) en el Seguro se da mucho eso, ya te vas a jubilar y te tratan mal los demás o ya te ven grande ¡Eso! ¡Es el punto! Y ya como que te minimizan, ya no te hacen caso. Si tú tienes un puesto arriba, los compañeros que se quedaron abajo te tienen envidia, ya te tienen un coraje, ya no te hacen caso. Josefina, 70 años.

En las entrevistas la jubilación quedó expuesta como un evento determinante en sus vidas. Algunos informantes la esperaban, pudieron planificarla y recibirla con alegría, otros pudieron prolongarla; para algunos fue obligatoria por cuestiones de salud y en un caso fue azarosa, aun así, pese a los

diferentes procesos y expectativas con respecto a ella, todos mencionaron haber tenido o padecido dificultades en el proceso de adaptación.

(...) al principio fueron unas vacaciones largas y luego ya empecé a tener ahí un poquito de aburrimiento y entrar un poquito de...no depresión porque jamás he tenido depresión, pero sí un poco desubicado porque llegó de repente. Yo sin ninguna idea, en ese tiempo no había curso pre jubilatorio, así ¡pakatelas!, y de tener un gran poder, de tener mucha responsabilidad y todo, y de repente ya ni en mi casa (...). Miguel, 75 años.

Los entrevistados también reconocieron ventajas. Destaca, por haber aparecido en todas las entrevistas, el hecho no tener que seguir un horario laboral establecido, tanto de entrada como de salida, y pese a expresar agrado y orgullo por las actividades laborales que realizaron en la institución, todos manifestaron una reducción significativa de estrés en sus vidas; además, reconocieron que el poder acceder a la jubilación los posiciona en una situación de ventaja con respecto al total de la población.

La idea del 'rol sin rol' responde a una realidad sobre el ideario de la vejez y el retiro en nuestra sociedad; sin embargo, al incorporar la perspectiva de género, hombres y mujeres tienen roles específicos durante todas las etapas de su ciclo vital y, en definitiva, también en la vejez (Montes de Oca, 2005, p. 87). Como ya se expuso en el capítulo cuantitativo, el sexo determinó y determina oportunidades y limitaciones para el desarrollo de la vida en familia y en comunidad. En el caso de las mujeres, el papel de esposa-madre es uno de los más notorios, además de que en el grupo de población estudiado se anexa el rol de trabajadora y eventualmente de jubilada.

Montes de oca (2005), al realizar una revisión de la literatura feminista, evidencia que durante generaciones las mujeres han sido entrenadas para enfocar su tiempo, sus ocupaciones y su trabajo en el cuidado de otros. Comúnmente en su vida adulta esto se refleja en las atenciones procuradas en el entorno

doméstico al esposo, a los hijos y al hogar, pues se considera que deben de seguir sirviéndoles a éstos mientras sus capacidades físicas lo permitan.

La llegada de nietos es otro acontecimiento clave para indicar la entrada a la vejez porque marca el inicio del abuelaje, es decir, la consideración social de que la abuela es la persona más calificada para el cuidado de la descendencia. Aunado a esto, dentro de los cambios estructurales que conlleva la actual dinámica sociodemográfica, especialmente el aumento de la esperanza de vida, agregan a la lista de responsabilidades del adulto mayor, casi exclusivamente a las mujeres, el cuidado de los mayores (Montes de Oca, 2005, p. 90-91).

Al adulto mayor se le asigna el papel de cuidador de otros, especialmente de aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Para las mujeres significa otorgar atenciones, procurar cuidado y mantenimiento, además de apoyo emocional; en el caso de los hombres se da continuidad al rol de proveedor, ya que la atención de otros significa principalmente brindar apoyo económico o en especie.

Considero que en diversos fragmentos de las entrevistas presentadas previamente se ha comenzado a visualizar esta situación, especialmente en aquellos en que se exponen experiencias relacionadas con el cuidado de los padres. Es posible afirmar que los sujetos tienen conocimiento del rol de cuidador y éste es entendido como una obligación social en la vejez especialmente marcada por su condición de jubilados, ya que en sus familias y sus comunidades no sólo se considera que son las personas indicadas para el cuidado de otros, por ser mayores de edad, sino que también porque se piensa que tienen amplia disponibilidad de tiempo por encontrarse fuera del mercado laboral y sin actividades formales o con horarios fijos. Ante esto las respuestas son diversas. En algunos casos es un rol asimilado, con alegría o con resiliencia, en otros asignado pero no ejercido, pero en todos los casos la asignación de este

rol incide en su proceso de identidad como viejos y en la configuración de su calidad de vida. “Soy libre, nadie me obliga a cuidar nietos, ni sobrinos, ni enfermos, ni nada.” Josefina, 70 años.

(...) el rol del adulto mayor es el nano de los nietos porque eso es lo que ahorita el adulto mayor hace...cuidar nietos, criar nietos. Tengo un sobrino que tiene tres nietos(...)en base a que no está trabajando le dejan a los nietos, él tiene que llevarlos a la escuela, tiene que ir por ellos a la escuela, entonces el rol del adulto mayor es ese...cuidar de los nietos(...)y así se lo dicen a uno, cuando ya se va uno a jubilar. A mí un compañero cirujano me dijo – Ni modo, a cuidar nietos- Todavía no los tenía, todavía no...Ahorita tengo una pero no me la paso cuidándola, se la dejo a los otros abuelitos pero de todas formas si no son ellos soy yo (...). Elisa, 62 años.

Como se ha presentado, el proceso de envejecimiento individual es un fenómeno complejo por las transformaciones suscitadas en la vida de los sujetos. Si bien las consideraciones sobre los cambios físicos y biológicos que suceden en el cuerpo señalan retos, no es posible considerarlos como hechos aislados pues existen cambios sociales y psicológicos que también repercuten directa y ampliamente en su vida, como la carga social de la edad, el cambio de roles al estar en la jubilación y aquellos inherentes en el ideario de la vejez y el género. Es importante destacar que los adultos mayores no se encuentran pasivos ante estas transformaciones dadas en un proceso dialéctico donde surge una nueva forma de interacción con otros en su sociedad, su comunidad, su familia y también en la manera en la que ellos se perciben a sí mismos, su potencial, sus condiciones de vida y, por lo tanto, su calidad de vida.

3.3. Seguridad económica en la vejez de los jubilados

En el capítulo cuantitativo se expuso la relevancia que tiene la seguridad económica en la evaluación de la calidad de vida en la vejez; recordemos que ésta quedó definida como la capacidad de disponer de recursos económicos para la cobertura de necesidades objetivas como los gastos relacionados con necesidades básicas, bienes materiales y servicios, a la vez que permea el estado

de elementos subjetivos como la tranquilidad, la satisfacción y la independencia (Guzmán, 2002 en CELADE, 2006).

La posibilidad de contar con ingresos propios en la vejez depende significativamente de la posición que se ocupó y/o ocupa en el mercado laboral, durante el ciclo de vida. Utilizando la información del censo 2010 fue posible identificar el margen de diferencia existente entre la población de 60 años y más que continúa trabajando y aquella que reportó estar fuera del mercado laboral, dentro de los cuales una pequeña proporción se encuentra jubilada y/o pensionada, esta fue la última seleccionada en esta investigación y ahora se abordará desde el enfoque cualitativo.

En la presente sección, para analizar la seguridad económica de este grupo en particular -personas adultas mayores jubiladas y pensionadas del IMSS- se tomaron en cuenta, por considerarlos pertinentes, aspectos de su historia laboral, es decir, lo relacionado con su ingreso al mercado de trabajo (específicamente al IMSS), el desarrollo de su vida como empleado, así como la decisión de permanencia o retiro; además, se puso especial atención en la percepción que tienen acerca de su pensión y la satisfacción de sus necesidades.

Al realizar una investigación sobre los ingresos y los bienes de la población de 50 años y más, Wong y Espinoza (2003) expusieron que en los países en vías de desarrollo, las redes de apoyo institucional son escasas. En el caso de México, la seguridad social estuvo, e incluso hoy se encuentra, reservada para pocos individuos, siendo la participación en determinados nichos del mercado laboral formal uno de los principales elementos discriminantes para tener cobertura social. Jubilarse y contar con una pensión ha sido y es una posibilidad para una cantidad reducida de sujetos del total de la población.

El ingreso y desarrollo de una actividad laboral en el IMSS, en sus diversas áreas, le permitió a los ahora jubilados contar con beneficios y prestaciones,

sobresaliendo el hecho de poder retirarse y contar hasta el momento con una pensión. Durante el desarrollo del ejercicio cualitativo, los entrevistados expresaron haber disfrutado mucho su vida laboral, así como el hecho de haber conocido y gozado de las ventajas que emanaban de ésta; además, saben que son afortunados en comparación con el resto de la población, por haber contado y contar aún con seguridad social, y que ésta pudiera extenderse a su familia.

(...)me informaron sobre las jubilaciones, de que cuando ya llega la edad o de que pues ya cumplí con mis años de trabajo...Más que nada yo quería entrar a una institución que me permitiera tener una vida mejor jubilándome, porque dije -Si voy a entrar a un trabajo donde no voy a tener jubilación, pues va a ser más triste para mí porque se acaba el sueldo-. Aquí voy a tener un sueldo hasta que me muera o hasta después mi esposa va a poder seguir cobrando. Eso me informaron(...). Diego, 67 años.

La historia educativa de los individuos, entre otros elementos de orden macro y micro como el contexto sociopolítico, cultural y económico, influye en su participación en el mercado laboral pero también en la salida de éste. En el caso del IMSS, la posibilidad de colocarse en una categoría con alta remuneración es reducida si se tiene un bajo nivel educativo. En las entrevistas se hizo evidente la importancia que otorgan a la relación que hay entre la categoría que alcanzaron y el monto que están recibiendo; además, se presentó la relevancia de este factor en la decisión de permanencia o retiro.

(...)todo se relaciona con el tipo de categoría, o sea, con mi categoría me están pagando un sueldo; si yo me hubiera jubilado en otra más mejor probablemente recibiría más. Traté de superarme, te comento que pasé por cuatro ramas, después ya para mi jubilación busqué un sueldo que me beneficiara para que me pagaran mejor y lo obtuve en la categoría en que me jubilé, pero ahora yo hubiera deseado que no me hubiera jubilado y seguir superándome a una categoría para obtener mejor sueldo ¿no? porque el costo de vida que llevamos es muy caro. Diego, 67 años.

En el capítulo previo quedó expuesta la relevancia que tiene el retiro del mercado laboral en la vida de los sujetos, por significar un cambio en su posición en el sistema productivo de su sociedad, lo cual asume implicaciones en el plano individual y social; asimismo, se sintetizó la propuesta teórica de Moragas (2004) para identificar y clasificar diversas modalidades de jubilación, en donde la libertad de decisión y el tiempo, marcado por los años de labores y/o la edad, tienen papeles relevantes. Para los sujetos entrevistados, el retiro del IMSS se realizó en su mayoría al momento de cumplir con los años de labores estipulados en el contrato colectivo de trabajo y fue acompañado de diversas motivaciones personales, como el hecho de considerarlo prudente pues con su retiro se generaban oportunidades de trabajo para la población “joven” y también por suponer que ya habían cumplido con la institución y/o con su ciclo de vida laboral⁴².

“Planteé tres cosas: primero porque ya estás mayor, segunda porque ya vienen los jóvenes ¡Déjale un lugar a un joven!, sí, tú ya tuviste tu oportunidad, hiciste, no hiciste, esa ya es tu oportunidad ya vienen los jóvenes; y tercera, ya no tienes los mismo reflejos (...), ya no das lo mismo que un joven. Baja una caja, saca una caja, saca el archivo, va y viene, trae, yo todo eso ya lo hice, ahora le toca a otro.”Josefina, 70 años.

También aparecieron situaciones en las que la jubilación fue pospuesta o que por lo menos así lo habrían deseado, principalmente, por considerar que aún contaban con capacidades físicas para desarrollar su labor, que podían subir de categoría para garantizar un mejor sueldo y mejor pensión, o que, incluso, podían compartir su experiencia profesional con los trabajadores más jóvenes.

“(...)en ocasiones uno se precipita un poco en las decisiones, porque dice uno: Bueno, ya tengo veintitantos años y ya me puedo retirar a mi casa, pero yo creo

⁴² Moragas expone en forma de metáfora el hecho de que el bien ‘trabajo’ ha sido concebido por agentes legisladores y organizaciones sindicales como un pastel limitado, sin considerar que éste puede expandirse o reducirse según ciclos económicos y/o la incorporación de innovaciones técnicas y tecnológicas (2004:194). Dicha creencia aparece también en otros grupos sociales, como lo evidencian las entrevistas.

que si uno está bien de salud pues sería bueno que se esperara un poco(...).Siempre pienso que cometí un error al haberme jubilado así, a los 28 años(...). Me hubiera gustado seguir unos tres o cuatro años más, porque uno ya tiene más experiencia y todo, y puede ayudar a los más jóvenes, a prepararlos un poco ¿verdad?” Emilio, 69 años.

Otros de los elementos importantes a considerar por su relevancia en la seguridad económica, es el hecho de que su participación en el mercado se vio marcada por la posibilidad de perpetuarse en un lugar de trabajo, aspecto que las actuales reformas que apuntan hacia la flexibilidad laboral vuelven casi imposible. También, su participación no siempre se llevó a cabo de manera exclusiva dentro del instituto. En la historia laboral de los entrevistados aparecen, en la mayoría de los casos, otros trabajos y ocupaciones que desarrollaron durante su vida antes de ingresar al IMSS, pero que no les ofrecían las prestaciones económicas y sociales con las que contaron y aún perciben en la institución; para algunos fueron estos beneficios los que motivaron su ingreso como trabajadores al IMSS. Igualmente, salieron a la luz aquellas actividades desarrolladas después de su jubilación, de las cuales hablaremos a continuación.

La permanencia en el mercado laboral después de la jubilación es una posibilidad que se encuentra motivada por diversas razones. Al analizar las entrevistas destacó el hecho de que algunos de los sujetos con mayor nivel educativo, específicamente en el área médico biológica, se mantuvieron temporalmente ejerciendo su profesión, en otras instituciones públicas y/o también en el ámbito privado, motivados principalmente por considerar que aún tenían las capacidades y el conocimiento para continuar desarrollando su trabajo, y no por necesidad económica. Sin embargo, ante la exigencia laboral del cumplimiento de jornadas de trabajo completas, con tiempos establecidos, la carga de responsabilidad que representaba el ejercicio de su profesión hacia la salud de otros, la necesidad de actualización continua de conocimientos, además del reconocimiento de cambios en su salud, permearon su decisión de retiro definitivo

o temporal con la seguridad de seguir contando con los ingresos de su pensión por jubilación del IMSS.

(...) estuve yendo un poco al consultorio de mi hermano (...) Me decía mi hermano -Escoge un horario y nada más ven en ese horario- y llegó un momento en el que le dije: ¿Sabes qué manito?... Yo siempre he tenido buena vista, tuve buena vista y ahora...antes de jubilarme empecé a tener mi presbicia entonces ya como que veía una radiografía y -Oye...no veo en donde está la punta del instrumento- (...) – Es que no veo bien y no quiero hacer una tontería, no quiero provocar una iatrogenia ¿Sabes qué manito? Ya no puedo trabajar-(...) dejé de trabajar por eso y a parte de eso pues fijate que teníamos un grupo de estudios, nos gustaba mucho estarnos actualizando, entonces el tiempo que estuve trabajando en el Seguro como que me atoré ahí con lo poco que se hace en el Seguro. Sí, llegué a ir a unos cursos pero ya no era lo mismo, entonces como que me fui quedando muy rezagada. Diana, 65 años.

Además aparecieron otros casos, por ejemplo, aquellos en los que la permanencia en el mercado laboral después de la jubilación se dio en actividades distintas a las que desarrollaron en el IMSS; para otros sujetos la decisión de permanencia o reinserción se mantiene como un deseo y también se presentó la situación de aquellos para quienes no ha sido una opción y tampoco una necesidad. En todos los casos, contar con su pensión les brinda cierta seguridad y tranquilidad, lo cual influyen en la percepción de su calidad de vida.

(...) toda mi vida, desde antes de trabajar, yo vendía cosas (...) después me casé y hubo oportunidad de ponerme a estudiar y fue como empecé a...igual también vendiendo cosas y terminé vendiendo cosas. Yo quise ir al hospital a hacer lo mismo, vender mi cosas que vendía pero como que ya no...hay gente que sí te conoce pero ya no te tratan igual, ya no te sientes a gusto como cuando estás laborando, y yo dije: No, ¡bendito sea Dios!, nos da el instituto un dinero (...) Siempre me gustó, pero ahorita ya no quiero andar de allá para acá, quiero tranquilidad. María, 60 años.

Una de las características del sistema de pensiones del IMSS, específicamente para aquellos que ingresaron a la institución entre 1973 y 1997, es que ésta es vitalicia y el monto está directamente relacionado con el sueldo que recibe un trabajador en activo de la misma categoría, es decir, que los jubilados perciben una cantidad igual al salario recibido por un trabajador cuyas funciones laborales son las mismas que el primero solía realizar. La pensión es sensible al aumento salarial, la diferencia radica en que no reciben este dinero de manera quincenal sino de forma mensual; asimismo, aunque ya no cuentan con prestaciones económicas como bonos de productividad o por puntualidad, sí tienen derecho a recibir aguinaldo, el cual se les distribuye proporcionalmente durante todo el año en su pensión⁴³. *“(...) en relación con el Seguro Social, afortunadamente todos tenemos un ingreso, bueno, malo o regular, pero hay un ingreso.” Miguel, 75 años.*

Los montos de las pensiones son diversos y se encuentran profundamente determinados por la historia laboral y educativa de los trabajadores, no es posible clasificarlos utilizando una escala valorativa en términos de bueno o malo. Desconocer las cantidades exactas o rangos aproximados de ingreso de los entrevistados impide la realización de una agrupación del nivel de ingreso así como se realizó en el capítulo cuantitativo,⁴⁴ pero sí es posible realizar una interpretación de lo expresado en las entrevistas con respecto a los montos, la cobertura y la satisfacción de sus necesidades⁴⁵.

⁴³ Es pertinente mencionar que para aquellos jubilados que ingresaron al instituto antes del rango establecido, 1973 – 1997, los montos de pensión no han sido, ni son, sensibles al aumento salarial oficial y no fueron vitalicios. No fue posible contactar a nadie perteneciente a este grupo, pero en las entrevistas apareció el conocimiento que tienen los jubilados sobre la situación de ellos, los cuales probablemente se encuentran en los grupos de edad más altos por los años transcurridos. *“Nosotros recibimos exactamente lo mismo que un activo, inclusive los aumentos son en la misma proporción, eso antes no era...eso debe de tener como 25 años. Es el nuevo régimen de jubilaciones y pensiones el que disfrutamos actualmente, anteriormente se jubilaba el trabajador y a los pocos años la jubilación se le hacía agua, los aumentos no eran en la misma proporción que los activos, era un porcentaje pero en proporción mucho menor que el de los activos y ya después de cinco o 10 años... todavía hay uno que sigue con esa jubilación.” Miguel, 75 años.*

⁴⁴ En la guía de entrevista no se incluyeron cuestionamientos sobre el monto que estaban percibiendo por jubilación, ya que se consideró que ésta es información de carácter personal y confidencial, y su cuestionamiento podría afectar el ejercicio cualitativo.

⁴⁵ En el siguiente enlace se puede consultar el Tabulador de Sueldos para trabajadores del IMSS afiliados al SNTSS, vigente en octubre del 2013. Se recomienda consultarlo para tener un referente

En relación con el hecho de contar con su pensión, todos los entrevistados manifestaron sentimientos de tranquilidad por tener un ingreso mensual garantizado, pues ellos saben que esto representa una situación de ventaja dentro del colectivo de personas mayores y de la población trabajadora, y son conscientes de que no todos cuentan con esta prestación económica y social o con las mismas condiciones que ellos. *“¿Cuánta gente se jubila y ya no recibe nada? Depende de nosotros administrar, pero, pues sí, uno quisiera que le hayan dado más pero yo sé que es según la categoría pero dentro de las circunstancias, sí está ahí.”* María, 60 años.

Nosotros tenemos el beneficio de una jubilación y eso nos da un poquito de estabilidad y tranquilidad emocional ¿No? A partir de ahí viene el que tú no estés pensando -¿Mañana qué como?, ¿cómo le voy a hacer para pagar el agua, la luz...?- todas tus necesidades cotidianas, eso a nosotros ha beneficiado y nos tiene tranquilos, y pienso que también una forma de estar bien emocionalmente es que tus necesidades económica estén cubiertas. Diana, 65 años.

En todos los casos, los entrevistados manifestaron autonomía e independencia para el manejo de su dinero y la cobertura de sus necesidades. Ellos son proveedores en sus hogares (unipersonales, nucleares, ampliados y compuestos) e, incluso, dentro de las redes de apoyo (elemento que será tratado más adelante) ellos pueden otorgar ayuda económica a otros.

Existe una marcada diferencia en la evaluación que los informantes hacen sobre los montos y la cobertura de sus necesidades. La categoría, es decir el puesto laboral dentro del organigrama de la institución, vuelve a aparecer como una variable determinante, en algunos casos, principalmente en los de categorías más altas, la evaluación que realizan sobre esta situación es favorable. Consideran que la cantidad que reciben y la posibilidad de administrarla les permite cubrir sus necesidades básicas, como la alimentación y el pago de

de los salarios en la institución. <http://www.sntss.org.mx/es/documentos/tabuladores.pdf>
Consultado el 19 de febrero del 2014.

servicios, además de acceder a otro tipo de satisfactores, principalmente recreativos; aquellos con menor categoría expresan que, pese a la tranquilidad que les brinda el hecho de contar con un ingreso mensual, éste no resulta o puede no resultar suficiente, obligándolos a administrar su dinero con mayores restricciones. *“(...) tiene una seguridad económica que le permite a uno vivir de alguna manera bien si uno maneja de manera adecuada la pensión, pero si es lo suficiente para vivir lo que tenemos de ingreso...bueno... depende de la categoría (...).” Miguel, 75 años.*

Su estado civil y los arreglos residenciales también influyen en su seguridad económica, siendo especialmente representativas las situaciones en las que la pensión es el único ingreso en el hogar o aquella que se complementa con las aportaciones de otros miembros; sin embargo, los montos continúan determinando la posibilidad de satisfacción de necesidades. *“Pues mire, la cuestión es que yo, por ejemplo, mi esposa también laboró en el IMSS y como son dos sueldos pues se va la cosa medio compensada, pero tal vez con un solo salario pues apenas podría salir adelante.” Emilio, 69 años.*

En la sección cuantitativa de esta investigación se analizó la condición de la población de 60 años y más en el Estado de México, ahí fue posible identificar situaciones de desprotección económica y social de la que son objeto los viejos; al analizar los datos disponibles para la población jubilada fue posible identificar un panorama distinto, en donde el hecho de contar con ingresos marca una diferencia significativa, incidiendo en diversos elementos del desarrollo de su cotidianidad, sus relaciones con otros y, por supuesto, en la configuración de su calidad de vida.

Haciendo uso de la metodología cualitativa ha sido posible indagar en esta realidad, confirmando el hecho de que la posibilidad de contar con ingresos después del retiro marca una línea divisora dentro de este grupo poblacional, además de que ellos son conscientes de que esta situación les otorga ciertas

ventajas, como la posibilidad de seguir interactuando en la estructura económica y social de su comunidad, con autonomía y autogestión.

No obstante, uno de los principales retos identificados es el de garantizar montos de pensiones por jubilación que se ajusten a los crecientes costos de vida, especialmente para aquellos que desarrollaron una labor durante periodos prolongados pero que, por falta de formación profesional, se mantuvieron en categorías con sueldos bajos, los cuales tienen un ingreso mensual garantizado pero que puede no ser suficiente para mantener y prolongar sus condiciones de bienestar.

3.4. Salud y bienestar en personas adultas mayores jubiladas

“Cualquier persona mayor de 50 años ya tiene un problema de tipo médico inevitable, no hay ni una persona, te lo puedo asegurar, mayor de 50 años que esté completamente sana, desde un callo hasta mínimo un infarto, hipertensión u otros...diabetes (...).” Miguel, 75 años.

El envejecimiento individual ha sido descrito por Sánchez y Mendoza (2003 en Mendoza, 2008) como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una reducción de la respuesta homeostática, causado por transformaciones y modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales originadas por cambios inherentes al paso del tiempo y el desgaste acumulado en el organismo ante los retos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales del desarrollo de la vida.

Desde esta concepción se reconoce que la pérdida de funcionalidad física es inherente al proceso de envejecimiento, pero éste se encuentra atravesado y determinado por varios elementos de diversos órdenes -económico, social, político, cultural, por mencionar algunos-, lo cual significa que el envejecimiento no es *per se* una etapa de la vida llena de afectaciones, padecimientos,

enfermedades y vulnerabilidad. Por sus características integrales este planteamiento ha sido incorporado a la presente investigación, especialmente al estudio de la salud.

En esta sección se expondrán resultados de la aproximación cualitativa al estudio de la salud y la calidad de vida de las personas adultas mayores jubiladas y pensionadas, y se recuperará también el trabajo cuantitativo. Primero, se abordará la propuesta teórica de la gerontología para el estudio de la salud, esto para dar pie a la evaluación subjetiva y objetiva del estado de salud; después, se tratará el tema de las principales enfermedades y afectaciones, y la atención a su salud, considerando elementos como el diagnóstico, tratamiento y estrategias para conservar la salud, así como la derechohabencia.

La Organización Mundial de la Salud expone, con los aportes de la gerontología, que los adultos mayores sanos son aquellos que con o sin enfermedades crónicas controladas y no terminales, mantienen su funcionalidad física, mental y social, en relación con su contexto sociocultural (Mendoza, 2008, p. 11). Es decir que la salud no queda reducida a una relación dicotómica salud-enfermedad, sino que se incorporan las capacidades del sujeto para percibir, actuar e intervenir en su persona, su comunidad y su sociedad para el establecimiento o preservación de bienestar, además de la influencia de su ambiente físico y social.

Rowe y Kahan (1997 en Mendoza, 2008, p. 11), realizaron una categorización del envejecimiento individual en tres grupos: exitoso, usual y con fragilidad, en donde el estado de salud, considerado como un elemento integral, resulta una variable determinante en la longevidad de los sujetos y la calidad de vida en ésta.

En el envejecimiento exitoso se presentan cambios importantes en el sujeto, propios del paso del tiempo en el organismo, así como una respuesta

favorable a las transformaciones de orden psicológico y social, significando una reducción en el riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas, y una mayor funcionalidad física, mental y social.

El envejecimiento usual, es definido por los autores Rowe y Kahan (1997), como aquel en el que además de los cambios inherentes al proceso de envejecimiento, surgen por lo menos una o más enfermedades crónico degenerativas, lo cual incide moderadamente en su funcionalidad física, mental y/o social, y en su calidad de vida.

La tercera subdivisión del envejecimiento es aquel en el que se presenta la fragilidad. En este existe una descompensación generalizada en la vida de los sujetos, a nivel salud, por la presencia de enfermedades crónico degenerativas e infecto contagiosas, además de los cambios inherentes, a nivel psicológico y social, por la pérdida de autonomía e independencia. Aquí existe un aumento de vulnerabilidad debido a la pérdida de funcionalidad física y social.

Sin embargo, pese al potencial para guiar el análisis y el diseño de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida en aras de lograr un “envejecimiento exitoso”, en esta categorización no se hace mención a elementos de clase, género, pertenencia étnica y nivel educativo, además de otros, que juegan un papel importante en la historia y trayectoria de vida de los sujetos, pues influyen en la generación o condicionamiento de situaciones de oportunidad y vulnerabilidad. Mendoza expone que incluso no se toman en consideración elementos genéticos, determinantes también en el proceso de envejecimiento: *“Por tal motivo, se recomienda individualizar la interpretación del envejecimiento exitoso, considerando los aspectos genéticos, culturales y socioeconómicos de cada país y región, con el fin de lograr la mayor longevidad con calidad de vida.”* (Mendoza, 2008, p. 12).

La evaluación de la salud incorpora, al igual que la calidad de vida, elementos de orden objetivo y subjetivo. En secciones anteriores, específicamente al tratar el tema de la percepción de la vejez, aparecieron constantemente en las entrevistas consideraciones de ésta como una etapa acompañada de padecimientos y enfermedades “propias de la edad”, incluso el proceso de envejecimiento propio es reconocido por la aparición de estos elementos.

Al hablar concretamente sobre su estado de salud, los entrevistados realizaron una evaluación de éste en términos de bueno o malo y expresaron su percepción de la salud, casi siempre vinculada con cambios fisiológicos en su organismo, pérdida de capacidades y aumento de limitaciones. En algunos casos esta percepción vino acompañada de un diagnóstico médico concreto,⁴⁶ del cual se hablará más adelante. Mendoza menciona que desde la gerontología, la percepción subjetiva de la enfermedad y el diagnóstico clínico son igual de importantes, ya que se debe indagar en los componentes biológicos, psicológicos y sociales, para generar propuestas integrales de atención a la salud (2008, p. 11). *“Las limitaciones poco a poco van siendo mayores a pesar de que no tengo un problema metabólico severo, pues ya empiezan a manifestarse alguna cuestiones de neuritis periférica, a veces calambres, a veces adormecimientos (...).” Oscar, 66 años.*

Pues ahorita, a la fecha, mi estado de salud ha sido pues...me he sentido muy bien, no me he enfermado, ahorita estoy muy bien gracias a Dios (...) conforme van aumentando los años pues yo me siento muy bien...ya llevó muchos años que me siento bien (...) ahorita estoy bien, pero de la noche a la mañana pueden pasar muchas cosas, a la mejor no me puedo ya levantar...ese es mi problema, por mi edad ahorita. Diego, 67 años.

En la sección cuantitativa, la aproximación al estado de salud de la población adulta mayor jubilada y pensionada se realizó utilizando el indicador de

⁴⁶ Dicho diagnóstico es realizado por alguien más, pero en el caso de los profesionales de la salud es interpretado y percibido desde su formación.

limitaciones, en el cual se incorporó la información censal relacionada con la posibilidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Aplicando dicho indicador fue posible dibujar un panorama de la situación; cerca del 80% reportaba no tener ninguna limitación o deficiencias para la realización de las acciones y actividades consideradas. Asimismo, no había diferencias significativas al incorporar la variable de sexo pero sí al incluir la variable de edad. En concordancia con lo anterior, desde la aproximación cualitativa, los entrevistados manifestaron el incremento de limitaciones para realizar actividades diversas pero en ninguno de los casos éstas llegaron a propiciar situaciones de pérdida significativa o completa de autonomía, independencia y capacidad de autogestión, pero sí incidían en el desarrollo de su vida.

Otro de los elementos que es necesario tomar en cuenta con respecto a la salud, es lo que los investigadores López y Blanco denominan como una situación de polarización epidemiológica, complejización y regresión sanitaria en la región latinoamericana.

La primera hace referencia al incremento en las desigualdades de los indicadores de daño, entre países, regiones y grupos sociales, en donde las poblaciones más vulnerables presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad por múltiples causas. Mientras que la complejización se refiere a la presencia simultánea de 'nuevas y viejas' epidemias, y la regresión sanitaria se define como el fenómeno de resurgimiento de enfermedades anteriormente erradicadas o bajo control (López & Blanco, 1997 en López, Rivera, Delgado & Blanco, 2010, p.166).

Para el caso de México, López, Rivera, Delgado y Blanco (2010) exponen que la transición demográfica y el envejecimiento poblacional generan condiciones que vuelven más complejos los patrones de enfermedad y muerte en el país, especialmente por la existencia simultánea de problemas infecto contagiosos y patologías crónico degenerativas. *"(...) a veces se enferma uno de que catarrito, una gripa, se enferma uno de la garganta, a veces come uno cosas que no están*

limpias, de la calle, o por alguna razón se enferma uno. Las enfermedades más comunes son la gripa, ya por la edad (...).” Diego, 67 años.

Mendoza expuso un listado de las principales enfermedades crónicas que afectan a los ancianos en el mundo, el cual coincide con lo expuesto por Nelly Salgado de Snyder e Ietza Bojórquez (2006). Las enfermedades que aparecen son las cardiovasculares, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades músculo esqueléticas y mentales, también alteraciones visuales; además, al comparar con los datos de mortalidad, el investigador identificó dentro de las principales causas de muerte de este grupo poblacional la alta incidencia de algunas de las enfermedades ya listadas y también la presencia de enfermedades infectocontagiosas, de orden nutricional, eventos violentos y accidentes (2008, pp. 13,15).

Aparte de los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento, durante el diálogo sobre su estado de salud algunos sujetos manifestaron diversas enfermedades crónico degenerativas, algunas de diagnóstico reciente y otras con las que ya tienen algún tiempo viviendo, en algunos casos hasta décadas, lo cual ubica a estos sujetos (la mayoría de los entrevistados) en el envejecimiento usual.

(...) yo antes no padecía de hipertensión arterial y de hace unos seis años o siete tal vez comenzó a subir la presión y pues si iba yo con mi médico para hacer los exámenes de rutina, decía -Tiene la presión alta - y pues yo siempre la tuve normal. También padezco del ácido úrico por herencia (...) todo eso lo tengo muy bien controlado con medicamento (...) tomo cuatro medicamentos para la presión arterial, pero pues de otra manera no baja y la tengo que manejar así porque eso puede provocar muchas complicaciones (...) cosas también de tipo general, dieta con poca sal, grasas saturadas, ejercicio moderado...no querer nadar cinco mil metros o una maratón, caminata, bicicleta estacionaria, natación, manejar las emociones, eso es bien importante. Miguel, 75 años.

Las enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia son la diabetes, padecimientos cardiacos, hipertensión y molestias articulares. La presencia de estos elementos en su historia y estado de salud implicó para algunos, no todos, la adopción de medidas y acciones de bienestar, como el tratamiento médico, pero también el cambio y adopción o conservación de hábitos.

(...)desde el 85 supe que era hipertenso y al principio si sentí bien feo, dije -Voy a depender de una pastillita- (...) -Para que estés bien es una pastillita nada más-costó trabajo pero pues dije -Es una pastilla...y con una pastilla me voy a sentir bien - entonces ya tiene bastante tiempo que ando con mi hipertensión, no era por cuestión de que tuviera algún problema renal, yo pienso que era mi forma de vivir, mi actividad, (...)Dejé de fumar, y mi alimentación es más o menos sana, pero sí disminuye tu capacidad, físicamente disminuyes, y ahí voy, ahí voy, con mi hipertensión en control, pero ahí voy, me gusta ir a nadar (...) Pues estoy tranquilo y con eso me siento más o menos bien. Diana, 65 años.

Para el sujeto que no reportó tener enfermedades crónico degenerativas, el hecho de llevar a cabo hábitos percibidos como saludables, especialmente el ejercicio y actividad física diaria, fue considerado como la causa principal de la conservación de su salud; sin embargo, en su historia de salud se encontraron presentes enfermedades infecto contagiosas, además de un temor constante hacia la pérdida de la funcionalidad física. Por otro lado, aquel individuo diagnosticado y medicado que expresó no realizar cambios en sus hábitos pese a tener conocimiento de su situación, también manifestó tranquilidad y satisfacción por su autonomía y su capacidad de autogestión. No cambió de hábitos por decisión propia, elementos subjetivos que forman parte de su percepción de bienestar.

Es importante decir que dentro del listado de enfermedades crónicas, también se incluyeron las mentales por el papel que juegan en el estado de salud, percepción de bienestar y configuración de la calidad de vida de los adultos

mayores. En éstas se encuentran principalmente los trastornos afectivos y el deterioro cognitivo. En el ejercicio cualitativo, los entrevistados manifestaron tener un funcionamiento cognoscitivo normal, sólo unos pocos percibían olvidos benignos (nombres, palabras, ubicación de objetos, etc.) los cuales atribuían, una vez más, al proceso de envejecimiento. Por la naturalidad que enmarcaba esta apreciación de los olvidos, éstos no eran considerados en ninguno de los casos como señales de alarma ante procesos de deterioro mental. Al respecto, Daisy Acosta menciona que este síntoma subjetivo es de alta incidencia en personas adultas mayores y ocurre sin otras manifestaciones cognoscitivas o funcionales; además, la investigadora expone que no se tiene bien identificada la causa etiológica pero existen diversas hipótesis que lo consideran como el resultado de cambios cerebrales inherentes al paso del tiempo en el organismo (Acosta, 2007, p. 316).

Con respecto a los trastornos afectivos, pocos de los entrevistados manifestaron puntualmente estar deprimidos. Aquellos que lo hicieron identificaron como su causa los sentimientos y situaciones relacionadas con soledad, inactividad, particularmente después del retiro del trabajo, además del duelo por la pérdida de seres queridos. Recuperando aportes de la OMS y de la Asociación Internacional de Psicogeriatría, Alicia B. Kabanchik, investigadora psico geriatra, expone que la presencia de enfermedades mentales en edades avanzadas también se encuentra relacionada con elementos biológicos, sociales, culturales, y que estas enfermedades suelen desarrollarse con y por dolencias físicas y problemas sociales. También, con frecuencia no se reconocen ni se diagnostican, por lo tanto, no se tratan. Aunado a esto, según el trabajo de la autora, las herramientas de evaluación y el diagnóstico presentan deficiencias para la atención a este grupo poblacional, por lo que se puede hablar de una situación generalizada de sub diagnóstico (Kabanchik, 2007, p. 320).

Otro de los elementos necesarios de considerar en el estudio de la salud de las personas adultas mayores es el de la atención a la salud, la cual ha sido

expuesta por el CELADE como el abanico de acciones y actividades realizadas en instituciones médicas dentro de la comunidad (CELADE, 2006, p. 100). En la sección cuantitativa se trabajó este elemento tomando en cuenta indicadores de derechohabiencia y de uso de los servicios médicos, utilizando la información censal y considerando que el primero de estos términos se relaciona con las facilidades, materiales y de recursos humanos, con las que un individuo puede contar para ejercer su derecho a la salud, esto afiliándose a una institución pública o privada.

Se pudo determinar que aproximadamente 68% del total de adultos mayores reportó afiliación a una institución de salud. Al considerar sólo los datos de la población identificada en el censo, como jubilada y/o pensionada, la situación fue muy diferente, ya que poco más del 95% tenía derechohabiencia.

En el caso de los entrevistados, la situación de derechohabiencia se encuentra cubierta por el hecho de ser jubilados del IMSS. Al hablar sobre su historia de acceso a servicios de salud, aparecieron casos en los que ya contaban con derechohabiencia al IMSS antes de ingresar a trabajar, la cual provenía de las prestaciones laborales de sus padres. En otros casos fue hasta el momento que ingresaron a trabajar que contaron con cobertura social para la atención de su salud, la cual pudieron extender a sus familiares, padres e hijos principalmente. Esto fue identificado como una de las principales ventajas de la derechohabiencia al IMSS. *“(...) cuando era yo más jovencita por medio de mi papá también, mi papá nos aseguró y tuvimos buenos, sí, sí, buena, desde que empezó el Seguro (...) entonces siempre hemos tenido buena atención, ahora, en la actualidad al Seguro ya no voy.”* Josefina, 70 años.

Uno de los elementos analizados en la sección cuantitativa de esta investigación fue el hecho de que contar con derechohabiencia no significa necesariamente que se use ésta para la atención de la salud; contrastando la

información de los indicadores de derechohabiencia y atención a la salud,⁴⁷ se pudo apreciar que un porcentaje importante del total de la población acude al servicio privado. Dicha situación apareció también en el ejercicio cualitativo, por lo que se pudo enriquecer la información sobre este fenómeno.

Asimismo, también se encuentran aquellos individuos que acuden al IMSS para la atención de su salud. Dentro de las características de este grupo sobresale el hecho de estar diagnosticados con enfermedades crónico degenerativas. Por ello acuden regularmente a sus citas médicas, tanto de atención primaria como especializada, principalmente para dar seguimiento a su estado de salud y continuidad a su tratamiento médico. Estos derechohabientes resurten su o sus medicamentos e, igualmente, algunos acuden a los servicios de atención preventiva de la salud: PrevenIMSS. De la misma manera, aquellos que han requerido atención sanitaria hospitalaria la han obtenido en esta institución. A continuación, sus testimonios:

Últimamente, bueno antes de que me jubilara yo empecé a tener problemas de artritis (...) ahora últimamente me han dolido mucho y eso, por eso, por lo que he estado yendo (...) apenas hace un mes que fue mi cita con el médico familiar, es la primera y de ahí ya me mandó a sacar rayos x y pues la presión me está subiendo (...) me dijo que si me estaba creciendo mi corazón yo iba a tener que tomar medicamento de por vida. Tania, 61 años.

(...) me operaron de la vesícula y eso y mis consultas que padecía siempre de gripas...es lo que me dejó el cigarro, si no fumas nunca fumes. Sí, siempre andaba mal de la garganta y pues mi hipertensión (...) sigo haciéndome mis estudios, sigo haciéndome mis...voy por mis medicamentos cada mes, sí. Diana, 65 años.

Todos los meses asisto con mi médico familiar y hace tiempo tuve una consulta con el cardiólogo para el problema que tengo (...) es puro control. Yo siempre le

⁴⁷ Gráfica 23. Distribución porcentual de la población de personas adultas mayores por derechohabiencia a servicios de salud; Gráfica 24. Distribución porcentual de las instituciones a la que se acude para la atención de la salud.

recomiendo a los jubilados que tenemos que mantenernos siempre en contacto con los recursos médicos que tenemos del IMSS. Miguel, 75 años.

En un grupo aparte se encuentran aquellos entrevistados que deciden no atenderse en el IMSS. Dentro de él está el individuo carente de enfermedades crónicas quien acude a una clínica de salud cercana a su domicilio cuando llega a requerir de atención médica, especialmente para el tratamiento de enfermedades infecto contagiosas (respiratorias e intestinales); el resto del grupo está conformado por sujetos que están viviendo su vejez con los cambios inherentes a ésta y con padecimientos crónico degenerativos y que, pese a contar con derechohabencia, asignan un porcentaje importante de sus ingresos para la atención de su salud, pago de la consulta y tratamiento en instituciones privadas. *¿Qué les hace tomar esta decisión? “Padezco diabetes, padezco de presión alta, me cuido, voy al médico particular, que me gasto mi buen dinero porque es particular, pero estoy bien. Ya tengo unos ocho años de que vea a un médico particular.” Josefina, 70 años.*

Al hablar sobre la atención de su salud, los entrevistados que se atienden de manera privada mencionaron diversos elementos que han motivado esta decisión, dentro de éstos destaca la sobresaturación de los servicios médicos, lo cual genera, desde su perspectiva, la poca atención hacia el paciente por parte del personal médico. Igualmente, existen tiempos intermedios amplios entre las citas médicas, en especial para la atención especializada y la realización de estudios de diagnóstico, lo cual incide de manera negativa en la identificación de padecimientos y el establecimiento de un tratamiento; además, advierten la existencia de trámites burocráticos y administrativos que entorpecen constantemente el proceso de búsqueda de salud y bienestar. Otro de los elementos evidente en las entrevistas es la percepción de la mala calidad de la atención y del tratamiento.

(...) todo lo hacemos en forma privada (...) como uno ya tiene cierta edad pues que le pongan un poquito de más atención y pues por eso procuro pagar afuera

(...) el Seguro Social está saturado y cuando va uno, son consultas muy breves y en forma privada pues ya lo ven a uno con más detalle. Emilio, 69 años.

(...) tuve la experiencia de una hermana, también, que se enfermó por el medicamento del Seguro, según el médico particular que ese era muy fuerte y que le dio eso, ¿sabe?, entonces ya se queda uno (...) los comentarios sí pesan. No, yo no le tengo confianza a los análisis del Seguro. No, ya no le tengo confianza a los medicamentos, entre otras cosas (...). Josefina, 70 años.

Sin embargo, pese a estas observaciones y ante el aumento del costo de vida y de la atención de la salud, los entrevistados expresaron tener la intención o considerar la posibilidad de volver a utilizar los servicios médicos del IMSS por necesidad, pues el desembolso constante atenta contra su seguridad económica, y sus tratamientos se vuelven incosteables, especialmente por los precios de los medicamentos. También manifestaron tener el deseo de poder articular la atención privada a la que acuden y la atención en el IMSS, específicamente para obtener sus medicinas, aunque en la institución de salud no pueden acceder a un tratamiento con un diagnóstico externo y dentro de las claves de medicamentos del cuadro básico pueden no estar los que el médico particular les receta. Asimismo, comentaron que en caso de requerir alguna intervención quirúrgica, el IMSS sería una opción ante los altos costos que puede implicar un evento de este tipo. *“Para cosas ya más serias, para una cirugía, para conseguir algún medicamento que es muy caro, pues acude uno al seguro social.” Emilio, 69 años.*

Quiero volver a retomar porque ya los medicamentos y la consulta están muy caros en particular, entonces dije -Ay, pues a voy a ver que me pueden dar en el Seguro-, sí. (...) mira, mi sueldo es para vivir y para el medicamento, pues ya me tocó ¿qué hago? (...) la mayoría de mi sueldo creo que lo invierto en medicamento, no he hecho bien la cuenta pero sí, sí, sí, sí, entonces ahorita ya no hay dinero que alcance. Josefina, 70 años.

Otro rasgo que es importante analizar por su incidencia en la atención de la salud de los entrevistados son los puntos en común entre los que se atienden en el IMSS y los que no. Individuos de ambos grupos coinciden en deficiencias y maltrato en la atención al momento de identificarse como jubilados de la institución. La mayoría mencionan resentir la pérdida de redes de apoyo dentro de la institución, ante el proceso de reemplazo generacional de los trabajadores.

Si lo tratan a uno ya de manera muy diferente porque anteriormente tenía una gran responsabilidad, ahora ya ni me toman en cuenta en muchos aspectos...sobre todo cuando llego como derechohabiente, pues mejor ni les digo que soy jubilado porque lo tratan a uno de manera diferente. Miguel, 75 años.

(...)teníamos ahí a los doctores, podíamos ir -no pues que me duele aquí- o con las compañeras enfermeras, sí, entonces pues y ahora ya que estamos afuera, hújole, ahorita sí nos da por ir...tiene uno que estar ahí con la compañeras, ya es diferente, ya no la tratan a uno igual, ya ...pues antes iba uno -Manita, dame una cita. Sí, claro ahora ya es de... No, ya no hay, venga mañana- (...)ya no hay gente de nosotros, ya es gente nueva que ya no conozco y ni me conoce siquiera, si es difícil para uno empezar con esto. Tania, 61 años.

Durante su vida laboral dentro del IMSS pudieron establecer redes de apoyo entre compañeros, lo cual en algunos casos les permitió poder acceder a ciertas facilidades para la atención de su salud; sin embargo, esta situación se transforma con el paso del tiempo e incide en la percepción y evaluación que hacen sobre sus servicios de salud.

En esta sección se ha podido indagar en un elemento esencial para la configuración de la calidad de vida: la salud. Articulando la información cuantitativa y cualitativa se ha expuesto que este elemento no se reduce a un proceso dicotómico marcado por la enfermedad o la ausencia de ésta, sino que se encuentra atravesado por múltiples determinantes como su historia de vida, su

trayectoria laboral y los recursos humanos, materiales e institucionales de los que pueden disponer para conservar o recuperar su salud y su bienestar en la vejez.

3.5. Entornos favorables

Al reconocer al envejecimiento como un proceso en donde se dan transformaciones de diversa índole en la vida de los sujetos y en la sociedad, como: biológicas, culturales y políticas, por mencionar algunas, y que, además, no es por sí misma una etapa de pérdida, enfermedad y vulnerabilidad ya que puede transcurrir en condiciones de bienestar, salud, dignidad y autonomía, al cubrir y satisfacer necesidades y requerimientos sociales, emocionales, materiales e instrumentales, es posible afirmar la relevancia y la necesidad de generar o incentivar entornos favorables.

Los entornos favorables, son el conjunto de condiciones ambientales y socioculturales que pueden incitar o facilitar un envejecimiento con bienestar. Dicho concepto está conformado teóricamente por dos espacios, el social y el físico, que en conjunto permean la configuración objetiva y subjetiva de la calidad de vida.

En el terreno social, se abordará el tema del entorno residencial de las personas adultas mayores, específicamente los arreglos que se dan en este espacio, para después pasar a la investigación sobre las redes de apoyo y dar pie al estudio de la participación social de los sujetos entrevistados. Con respecto al segundo espacio, el entorno físico, se expondrán elementos sobre la vivienda y el ambiente fuera de ésta, es decir, el uso del espacio y su relación con la vejez y el bienestar.

3.5.1. El entorno social

Dentro del estudio del entorno social, se encuentran elementos sobre el hogar, como un espacio de residencia y un lugar en el que se produce una

interacción especial entre sujeto y ambiente, pues se otorgan sentido e identidad (Ruiz & López, 2005). Es por esto que resulta pertinente poner atención en la manera y la forma en la que el adulto mayor está integrado a éste y en cómo se relaciona con aquellos con quienes comparte su hogar o cómo se desarrolla su vida en caso de vivir solo.

Daniel Vega Macías (2004), demógrafo, expone que el hogar ha sido una de las principales unidades de análisis pues es en éste en donde se toman decisiones sobre la administración de recursos familiares, además de que es ahí en donde se estructuran mecanismos de solidaridad y procesos de transformación y transmisión de identidad entre individuos. También, el autor menciona que los individuos transitan durante su historia de vida por diversas formas de organización familiar, las cuales son sensibles a las transformaciones económicas, culturales, sociales y demográficas, pero la cantidad de miembros y la edad de éstos siempre juegan un papel decisivo en la dinámica del hogar.

La actual dinámica sociodemográfica de México se encuentra caracterizada por el aumento de la esperanza de vida y de los procesos migratorios, además por la reducción de la fecundidad y los cambios en los patrones de nupcialidad, los cuales en conjunto están generando nuevas formas de organización familiar y de arreglos residenciales. Según lo identificado por Vega Macías, en el país existe un aumento de hogares con adultos mayores y de hogares en donde el jefe de familia es un adulto mayor, además el número de integrantes por hogar se ha reducido (2004).

Los arreglos residenciales se han diversificado, lo cual significa que existen múltiples formas de interacción y distribución de responsabilidades entre los integrantes de las familias que conforman los hogares. Es en este espacio en donde se pueden generar las condiciones ambientales, físicas y sociales para que un adulto mayor desarrolle su vida y sus actividades con satisfacción y bienestar y/o poder contar con apoyo y asistencia en caso de requerirla, pero no se debe de

pasar por alto que también se pueden incentivar situaciones contrarias, en las cuales se incentiven escenarios de violencia, caracterizados por abuso y maltrato.

Para su estudio, en México, los hogares son clasificados tomando en consideración el vínculo de parentesco, si es que éste existe, entre los miembros del hogar en relación con el jefe o jefa de familia. Existen dos categorías principales para la clasificación de hogares, los familiares y los no familiares (INEGI, 2011b).

En el primer tipo, los familiares, se incluyen los hogares nucleares, los ampliados y los compuestos. Los primeros son integrados por padre, madre e hijos, o solo la madre o el padre con hijos, e incluso una pareja sin hijos; los segundos, son aquellos en donde al hogar nuclear se integra uno o más parientes; el tercer tipo, hace referencia a la estructura en donde al hogar ampliado o compuesto se agrega por lo menos una persona sin parentesco con el jefe del hogar. Por otro lado, los hogares no familiares, incluyen a los unipersonales, es decir aquellos formados por una sola persona, y los hogares de corresidentes, en donde habitan personas, dos o más, sin vínculos de parentesco.⁴⁸

En la información recabada en el ejercicio cualitativo, aparecieron diversos arreglos residenciales y por lo tanto varios tipos de hogares, la mayoría de ellos de estructura familiar: Cuatro son nucleares, de estos dos están conformados por parejas, uno por una persona que vive con su pareja y además su hija, otro más es formado por la persona entrevista y su hermano; además hay dos hogares ampliados, pues brindan apoyo residencial a padres y/o hijos, nietos y hasta bisnietos; se presentó el caso de un hogar compuesto; también aparecieron dos hogares unipersonales, viven solos en sus casas; por último, una persona manifestó su deseo de no dar información al respecto. Enseguida, dos testimonios: 1. *“(...) compré este terreo y aquí finqué mi casa, en esta que es*

⁴⁸Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Glosario. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/Glosario/default.aspx?ClvGlo=cpv2010&s=est&c=27432&upc=> Consultado el 2 de diciembre, 2014.

ahorita mi casa, con mi esposa y con una de mis hijas, somos tres nada más.”
Diego, 67 años. 2. “(...) me quedé viudo y me volví a casar, me llevo muy bien con mi esposa, inclusive con nosotros vive uno de sus hijos, inclusive con él me llevo muy bien, tengo muy buena relación.”Miguel, 75 años

Es posible visualizar un poco, en la información provista por los entrevistados, la gran diversidad de arreglos residenciales en los que puede vivir un adulto mayor. Destaca que en todos los casos viven en casa particular y, para la mayoría, el tipo de hogar ha tenido origen en una decisión propia, elemento que influye significativamente en la calidad del ambiente. Por ejemplo, aquellos que viven en hogares unipersonales manifiestan no sentirse angustiados o desamparados, y quienes brindan apoyo residencial a otros expresan tener buenas relaciones con sus familiares corresidentes; sin embargo, en aquellos casos en donde la decisión es forzada se llegan a presentar situaciones de tensión, las cuales inciden en el bienestar de todos los que habitan en el hogar. *“Esta casa era de mis padres y nos la dejaron a nosotros, pero yo aquí vivo sola...pero sola y no, porque siempre están aquí familiares, no me dejan sola.”*
Josefina, 70 años.

Actualmente, pues vivo solo, pero eso no me angustia. Ocasionalmente siento cierto grado de depresión, pero es una situación natural. Evidentemente el ser humano no fue diseñado para ser anacoreta, somos seres sociales que requerimos de estar en contacto en nuestra área de relación con los demás (...).”Oscar, 66 años.

Con respecto al apoyo residencial a familiares destaca una característica sobre los hogares, ante las grandes transformaciones sociodemográficas. Actualmente existe un alza en la convivencia multigeneracional en los hogares, aspecto que implica retos pero también oportunidades para la configuración de ambientes favorable de la calidad de vida, especialmente en lo relacionado con las redes de apoyo. *“(...) ahí en la casa de usted están dos bisnietos, dos nietos y mi hija, es con los que más convivo.” Tania, 61 años.*

El estudio científico de las redes sociales de apoyo se vuelve relevante ante los diversos contextos en los que la protección social del Estado hacia su población es deficiente, pues es por medio de éstas que los individuos logran cubrir y satisfacer necesidades (CELADE, 2006). En el caso de los adultos mayores, este entramado de relaciones de ayuda y asistencia entre sujetos, comunidades y organizaciones, resulta de fundamental importancia porque los ancianos han sido y son objeto de desprotección social y económica en su entorno. Conforme aumenta la edad y se exacerbaban los cambios inherentes al envejecimiento, puede generarse o aumentar la vulnerabilidad al reducirse la capacidad funcional de respuesta y acción ante los retos del ambiente.

Después de realizar una investigación sobre las redes sociales e indagar en la historia de su estudio y las diversas posturas sobre éstas, Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, investigadoras sociales, determinaron que por el momento no existe un concepto único sobre redes sociales, pero proponen una definición:

Son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (2003, p. 43).

Todas las personas, de una u otra forma, se encuentran integradas a una gran diversidad de redes sociales, dentro las cuales destacan las redes de familiares de apoyo (corresidentes y no corresidentes), redes no familiares de apoyo (amigos, vecinos) , redes comunitarias, y las que establecen vínculos entre ellos con instituciones (Guzmán *et al.*, 2003; CELADE,2006, p.125). En estos tipos de redes destacan los actores y los vínculos que los interrelacionan, los cuales pueden generar o no apoyo. *“La pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos” (2003, p. 48).*

El estado de calidad de una red está determinado en la función de apoyo social que puede otorgar, el cual es definido como el conjunto de transacciones o transferencias interpersonales que opera en las redes, es decir, el dar y recibir ayuda, asistencia, afecto y/o afirmación (2003). Según lo expuesto por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, el apoyo social puede ser de origen formal o informal; el primero hace referencia a todo el apoyo originado en instituciones, gubernamentales y no gubernamentales que tienen como objetivo definido la asistencia social; el segundo emana de la familia, de los círculos de amigos y otros vínculos comunitarios e identitarios.

En la investigación sobre redes sociales, los autores identificaron categorías de apoyo, las cuales se exponen a continuación:

- Apoyos materiales. Se refiere al flujo de recursos monetarios y no monetarios, por ejemplo, el pago de servicios y la adquisición de bienes.
- Apoyos instrumentales. Asistencia para la realización de acciones, especialmente las relacionadas con el desarrollo de la vida cotidiana, como en el cuidado, acompañamiento y asistencia para la movilidad.
- Apoyos emocionales. Son aquellos enfocados en la transmisión de afecto y cariño, el cual se puede dar en acciones como al visitar, escuchar y charlar.
- Apoyos cognitivos. Basados en la transmisión de información y conocimiento, por ejemplo, en la asistencia y/o asesoría para el uso de tecnologías de la información y la comunicación o en la transmisión de información útil para mejorar el estilo de vida.

En continuidad con lo anterior, Acuña Gurrola y González Celis Rangel, investigadoras, recuperando la definición de Sluzki, identifican a la red de apoyo social como la suma de todas las relaciones que un sujeto percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad en la que está inserto (1996, p.42 en 2010, p.73), es decir, éstas forman parte de su entorno, el sujeto las dota

de significado y le dan sentido, proceso especialmente notorio cuando se tiene presente que las personas mayores participa en la transferencia de apoyo no sólo recibiendo, sino también dando.

Juan Herrero y Enrique Gracia (2004), exponen que dentro de los beneficios que otorgan las redes de apoyo social también se encuentra el hecho de otorgar sentimientos de competencia y de cumplimiento de roles en los adultos mayores al participar en el flujo de transferencia, lo cual puede incidir positivamente en su bienestar y además en la percepción y evaluación de su calidad de vida.

Con respecto a las redes de apoyo de familiares corresidentes destaca el hecho de que los adultos mayores entrevistados que viven con su pareja declararon tener buenas relaciones con sus cónyuges, dan y reciben apoyo material, hay flujo de capital para la adquisición de bienes y servicios; hay apoyo instrumental, pues cooperan en la realización de tareas específicas, dentro de las que sobresalen aquellas relacionadas con la vida cotidiana, como la preparación de alimentos y la limpieza del hogar, por mencionar algunas; además, existe apoyo cognitivo, en donde destaca la asesoría basada en su formación profesional, y hay apoyo emocional, expresado en muestras de afecto. *“Sí, estamos al tanto, sobre todo mi esposa y yo. Cuando ella llega a hacerse estudios también la oriento un poco, que estos estudios y que estos otros.” Emilio, 69 años.*

Nosotros ahorita tenemos juntos 40 años de vida, ha sido una vida muy bonita, (...) mi esposa ha sido una persona pero de verdad agradable para mí, me saqué la lotería con ella. Es una persona muy buena ella, de veras, me apoya en todo, en las buenas y en las malas, hubiera yo querido que estuviera ella aquí para que la conocieras, de veras, sí. Diego, 67 años.

En el caso de aquellos que comparten su residencia con otros familiares, destaca el rol de proveedor de seguridad residencial que el adulto mayor puede llegar a tener, evidenciando la posición de agente que brinda y no sólo recibe

apoyo en las redes de transferencia. Especialmente notoria es la situación de la persona entrevistada que vive con su madre, quien requiere cuidado y atención permanente. Por otro lado contrastan el tipo de organización del hogar en el que existen aportaciones económicas para los gastos del hogar e, incluso, apoyo emocional, con la situación en la que estas transferencias son esporádicas o prácticamente nulas.

“Entrevistador: ¿Usted los apoya con algo? Por ejemplo...

María: Pues con la casa, con que estén aquí.

Entrevistador: ¿Algún otro tipo de apoyo que identifique?

María: A veces económico, depende de la situación en la que estemos (...).

Entrevistador: ¿Considera que recibe apoyo?

María: No.

Entrevistador: ¿De ningún tipo?

María: No.”

María, 60 años.

Al enfocar el estudio en las redes con familiares no corresidentes continua sobresaliendo el papel que tienen los entrevistados como sujetos que aportan y brindan apoyo, especialmente las mujeres como cuidadoras de otros, por ejemplo, de padres y nietos. El género femenino continua marcando pautas de interacción y brinda todos los tipos de apoyo a las diferentes generaciones que integran su familia, especialmente económico y afectivo; también en algunos casos otorgan extensión de la derechohabencia, permitiendo que sus familiares cercanos puedan acceder a la seguridad social en el IMSS, es decir, que se vinculen a otro tipo de redes.

Con respecto a los elementos que los informantes perciben, surgidos de sus familiares hacia ellos, está el afecto, la convivencia y el interés por su estado de salud, particularmente en el caso de los de mayor edad y de los que viven solos. *“Convivo con mis hijas, con mi hijo convivo muy poco (...) pero muy poco, pero cuando nos vemos nos vemos contentos (...) no recibo ningún apoyo de*

ellos, no, recibo nada más el apoyo moral de que me dan ánimos -Date vida papá-, pues que esté activo para que mi vida sea más bonita.” Diego, 67 años.

Tania: A veces económico, a veces moral porque pues aunque ya están grandes pues a veces necesitan un cariñito o un besito.

Entrevistador: ¿Usted recibe apoyo de ellos?

Tania: Sí.

Entrevistador: ¿De qué tipo?

Tania: Sí, pues este...más que nada moral porque yo sé que cuando yo lo necesite ellos van a venir conmigo, cuando yo lo solicite ahí van a estar.

Tania, 61 años.

Al enfocar el análisis en las redes no familiares de apoyo, es decir, los vínculos establecidos con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, destaca el hecho de que estas relaciones son particularmente sensibles a las transformaciones en la trayectoria de vida de los sujetos. Eventos como la jubilación o el cambio de residencia, pueden incidir en ellas e impactar en el bienestar de los adultos mayores (Vega, 2004).

Cuando en el ejercicio cualitativo se habló acerca de las amistades, resaltó el gran apoyo emocional que a los sujetos entrevistados les brinda este tipo de relaciones. En la gran mayoría de los casos estos vínculos se formaron en el ambiente laboral, por lo que pueden recordar con ellos y ellas momentos y eventos de su trayectoria en el IMSS, así como compartir su experiencia de retiro y adaptación a la vida como jubilados. Aquellos que aún cuentan con contactos dentro de la institución pueden acceder a ciertos beneficios pero, como se mencionó en la sección anterior, muchos resienten el reemplazo generacional en lo que fue durante décadas su espacio de trabajo. El contacto con sus amistades varía según las expectativas y diversas formas de relacionarse de cada persona. Para algunos, las reuniones son frecuentes y hasta calendarizadas; para otros, los encuentros son más esporádicos pero no por eso menos significativos. *“Me reúno con compañeros jubilados, me reúno con los que fueron mis compañeros cada*

mes, (...) hacemos parrilladas, a veces nos vamos a comprar mariscos y ahí nos reunimos (...) eso es lo más bonito, seguimos viéndonos.” Diego, 67 años.

Somos cinco compañeros que ya somos jubilados, nos juntamos seguido, a veces me junto con otros compañeros (...) compartimos experiencias, platicamos, vemos, comentamos cosas a veces de política, de a qué nos dedicamos, cosas familiares, a dónde nos vemos, nos sugerimos sitios para visitar, etc., entonces nuestra bella relación es reconfortante, en algún sentido nos es útil. Oscar, 66 años.

En el caso de las relaciones con sus vecinos, fueron pocos informantes quienes manifestaron tener fuertes vínculos con ellos. La mayoría expresó tener buenas relaciones pero nada relevante que pudieran considerar como amistad. Sin embargo, también se dio el caso de quien brinda apoyo, cuidado y atención, de forma regular, a vecinos adultos mayores que viven en situación de vulnerabilidad. Aquí se resalta, una vez más, el papel que los sujetos pueden tener en el entramado de transferencias.

El siguiente punto es el de las redes de apoyo comunitarias, las cuales tienen como característica particular el hecho de remitir a colectividades en donde existen elementos identitarios y de pertenencia (CELADE, 2006, p.125). Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, exponen sobre este tipo de redes, la existencia de dos categorías. En la primera están aquellas en las que su acción se haya enfocada a la atención de un grupo poblacional específico, en este caso los adultos mayores; en la segunda, aquellas en las que los adultos mayores pueden participar activamente en la toma de decisiones del grupo (2003, p.51). En ésta última aparecieron asociaciones religiosas, grupos de lectura y de baile, en los cuales se genera un ambiente propicio para el fomento de otras redes y se da intercambio de información, desarrollo de intereses comunes, afecto y apoyo mutuo para la atención y resolución de problemas.

En este grupo destaca la asociación de jubilados “Nuevos Horizontes”, que pese a tener un vínculo con el IMSS y el sindicato de trabajadores de la institución, tiene un origen independiente y se conduce con autonomía, además de una estructura democrática. Dicho grupo representa un espacio en común para los jubilados y pensionados de la institución al cual pueden acceder para recibir diversos tipos de apoyo, por ejemplo, instrumental y cognitivo ya que se les otorgan consejos para mejorar su estilo de vida después de la jubilación y durante el envejecimiento, los cuales se dan por medio de la difusión de información en material impreso y charlas mensuales. Aquí, los adultos mayores pueden tener asesoría jurídica para la resolución de problemas y situaciones ante el IMSS, especialmente con lo relacionado al cobro de prestaciones económicas; también al afiliarse y obtener su credencial pueden acceder a descuentos, precios especiales y promociones para el pago de servicios y/o adquisición de ciertos bienes, y adquirir vínculos con las instituciones.

(...) no sabe uno como llevar sus asuntos económicos, ya ve que es lo de la pensión, lo de la jubilación, lo del afore y todo eso y, pues, yo fui ahí y ya me dijeron -Mira, aquí están los licenciados que van a hacer esto, van a hacer lo otro- Y escucha uno muchas cosas que afuera está más difícil, que no te dan todo y... ¿A dónde más? Yo dije ¿Para qué busco más?, pues aquí me quedo. Tania, 61 años.

Aparte del apoyo instrumental y cognitivo que pueden obtener en la asociación, también aparece el apoyo emocional, ya que en este espacio en común pueden dar continuidad a los vínculos afectivos con sus compañeros de trabajo, y establecer nuevos con y en el grupo. Las reuniones mensuales se vuelven un punto de encuentro en donde pueden participar y compartir; igualmente, se organizan actividades lúdicas y recreativas como concursos, exposiciones, festivales, celebraciones y viajes (nacionales e internacionales), por mencionar algunas, a las que pueden incorporarse voluntariamente, según sus expectativas y capacidades. Todo bajo la premisa y el objetivo comunitarios de apoyo mutuo.

(...) ahora sí voy por convicción, voy por ver de qué se trata aunque sea nada más mucho jolgorio y mucha buena onda(...) no es porque ¿A ver ahora qué me van a dar? No, no, no, no, hay que formar parte de algo, sí, por que si te estás soterrado en tu casa ahí te mueres y nadie se va a dar cuenta, entonces te sirve para -¡Ya salí, vi a las amigas, estuve contenta con las amigas, con mis amigos- porque te hace falta convivir, sí. Diana, 65 años.

Me afilié inmediatamente porque, por un lado, pues había que hacer unos trámites de que unas cosas que estaban pendientes ¿verdad? Pero yo creo que es muy importante que tengan esa asociación de jubilados, si uno no acude con regularidad pues es porque no lo obligan a uno a estar pero sí es una actividad muy buena la que realizan los compañeros, sobre todo que, pues, organizan reuniones y viajes, y todo eso. Emilio, 69 años.

Finalmente, están las redes institucionales, las cuales se distinguen del resto de las redes por establecer vínculos formales entre los sujetos e instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales (CELADE, 2006, p.125); las que tienen, desde su origen y estructuración, objetivos concretos para intervenir en la vida de grupos poblacionales específicos por medio de programas y proyectos de asistencia y seguridad social, y cuentan con metas y resultados esperados. En este grupo sobresale el papel del IMSS como institución de seguridad social, a la que pueden acudir para la atención de su salud y que también cuenta con un sistema de pensiones y jubilaciones, elemento esencial de su seguridad económica. Además de los elementos anteriores, el instituto cuenta con prestaciones sociales, como el Centro de Seguridad Social, espacio en el que se imparten talleres y actividades recreativas, deportivas y formativas a las que pueden acceder como derechohabientes y en función de sus intereses, aptitudes y posibilidades. Sin embargo, éstos son de capacidad limitada por lo que el ingreso puede ser un proceso complejo y tardado, pero puede permitir el desarrollo de otras redes al fortalecer o fomentar el desarrollo de nuevos vínculos.

Se supone que el fin del Centro de Seguridad Social es ese, que...y sobre todo para los adultos mayores, que estén ocupados, que estén haciendo cosas que les gusten, que se sientan útiles, porque llega un momento en el que a lo mejor dices -No, yo ya no sirvo para nada- Diana, 65 años.

En esta sección se ha podido visualizar la complejidad y la relevancia del entramado de transferencias de apoyo de los adultos mayores, mismas que pueden mejorar sus condiciones de vida objetivas y subjetivas, no sólo por satisfacer o cubrir necesidades sino también por el hecho de incentivar la vinculación y la participación en el entorno social, el cual se va transformando durante su trayectoria de vida. Sin embargo, hay que tener presente que también se pueden dar situaciones en que las transferencias de apoyo tengan un efecto contrario en la calidad de vida, especialmente cuando las redes son desequilibradas o no deseadas, por lo que se debe de poner especial atención en éstas, tanto en las de tipo formal como en las informales, así como en los procesos de complementación entre ellas y, además, la relación surgida entre éstas y el entorno físico, elemento a tratar a continuación.

Al hablar sobre entornos favorables, se ha considerado que existen elementos sociales en el ambiente del adulto mayor que inciden no solamente en el desarrollo de su vida cotidiana sino también en la configuración de condiciones de bienestar o falta de éste. Dichos elementos, los arreglos residenciales y las redes sociales de apoyo, se van transformando a lo largo de la vida de los sujetos, al igual que su capacidad de percepción y acción, especialmente por los cambios sociales, psicológicos y biológicos inherentes al envejecimiento. En esta misma línea se presenta el tema del entorno físico.

3.5.2. El entorno físico

En esta sección se continuará con el estudio de los entornos favorables y la calidad de vida. Se expondrá brevemente la definición del entorno físico, hábitat y su relación con el envejecimiento, para después pasar al análisis de éstos desde

la perspectiva cualitativa, tomando como base la evaluación que hacen los adultos mayores sobre sus condiciones físicas de habitabilidad.

El entorno físico es entendido como el sistema de elementos abióticos, bióticos y características socioeconómicas con las que interactúa cotidianamente el sujeto, y en conjunto integran su hábitat residencial y el espacio de ubicación de éste. Las personas se pueden adaptar a este espacio pero también lo pueden transformar para la satisfacción de necesidades materiales y emocionales, las que se van transformando durante el curso de vida (Ley 81 del Medio Ambiente de Cuba, 1997 en Baldes López, G. & Eleonora García Q., 2005, s.n).

Este contexto ambiental en el que se desarrolla la vida de los sujetos es relevante en todas las etapas de la vida, donde las necesidades son distintas pero también la capacidad de percibirlo, interactuar con él y/o transformarlo en aras de generar condiciones de bienestar. Es así que un espacio funcional en una etapa de la vida puede no serlo en otra, por ello su estudio resulta oportuno ante los retos que implican el proceso de envejecimiento individual y el poblacional.

Desde esta perspectiva, la vivienda de los adultos mayores se vuelve un objeto de estudio para diversas disciplinas. Es en ese ámbito en donde se da un proceso particular de interacción entre el individuo y el espacio. Vázquez Honorato y Salazar Martínez mencionan que es ahí en donde el ser humano se desenvuelve, convive y proyecta, se le otorga sentido pero también valor en relación con la cobertura y satisfacción de necesidades objetivas y subjetivas (2010, p.59).

Para la evaluación de las condiciones habitacionales de la vivienda, en el Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez se expone el trabajo de Mac Donald, en el que se establecen cinco funciones de ésta: la protección ambiental, el saneamiento y el confort, la independencia habitacional, la

estabilidad residencial, y la inserción en el entorno (Mac Donald, 1985 en CELADE, 2006, pp.145-146).

El primer elemento, la *protección ambiental*, hace referencia a la capacidad de la vivienda para resistir agentes externos y brindar condiciones favorables y seguras para los habitantes. Está condicionada por la materialidad, durabilidad y calidad de los elementos que la conforman, así como la adecuación de su diseño estructural a las condiciones y características del medio físico (CELADE, 2006). Todos los entrevistados cuentan con casa propia y éstas, según lo conversado y lo observado, están construidas con materiales que brindan protección ante las diferentes condiciones ambientales de su entorno, en las que destacan las bajas temperaturas. Sin embargo, se presentó un caso en el que la estructura arquitectónica de la vivienda no está concluida y se mantiene como un proyecto a futuro, el cual es percibido como una mejoría. *“¿Sabes qué? Yo aún no he terminado mi casa, lo de allá arriba (...) estoy juntando para ponerle lo que falta (...) lo que necesito es ¿o termino mi casa o me voy a pasear? Pues mejor termino mi casa.” Diego, 67 años.*

El siguiente elemento es el *saneamiento y confort*, el cual hace referencia a la accesibilidad al servicio de agua potable, de drenaje y electricidad, por mencionar algunos, los cuales se consideran como esenciales para llevar una vida con ciertas comodidades; además, los primeros dos influyen significativamente en el bienestar relacionado con la salud pues incentivan la reducción de riesgos epidemiológicos. La posibilidad de contar con estos servicios se encuentra marcada por la zona de ubicación de la vivienda, entre lo rural y lo urbano, pero también por la situación jurídica del terreno, pues esto puede determinar el acceso o no a la infraestructura de servicios. Con respecto a la situación de los entrevistados destaca que en todos los casos cuenta con estos servicios pero no siempre fue así para todos, particularmente para aquellos que tuvieron la posibilidad de fincar sus viviendas en áreas en las que el desarrollo habitacional era incipiente.

Otro de los elementos considerado es el de la *independencia habitacional*, el cual es entendido como la posibilidad de que los residentes de la vivienda puedan desarrollar su cotidianidad sin interferencias externas y con privacidad, pero además la existencia de condiciones internas, especialmente espaciales, para el desarrollo individual y de las redes de apoyo entre corresidentes, fundamentales para una cohabitación funcional. Con respecto a este tema, en el ejercicio cualitativo destaca el caso de la familia de estructura amplia, en la que se da la convivencia de hasta cuatro generaciones pero que, según lo expresado en la entrevista, viven en un entorno agradable en donde hay apoyo y también espacio para cada quien. *“Pues es mi casa en la que ellos están viviendo (...) convivimos por ejemplo ahorita...ella tiene su cocina, todo, y pues que -vengan a comer, o vente a comer abuelita- y pues así estoy.” Tania, 61 años.*

La *estabilidad residencial* es definida como la posibilidad de disponer de la residencia para vivir en ella a lo largo del tiempo, lo cual puede generar vinculación social y territorial con el entorno. Al hablar de la disponibilidad de la residencia se alude al tema de la situación legal de la vivienda, al ser considerada como una propiedad y un bien. De dicha situación va a depender el tiempo en el que ésta va a poder ser ocupada (CELADE, 2006, p.146).

Un hecho característico es que todos los entrevistados son propietarios de sus residencias, en algunos casos ésta ya formaba parte del patrimonio familiar y en otros fue adquirida haciendo uso de redes de apoyo, fundamentalmente en lo económico (entre familiares), pero también haciendo uso de apoyos de origen institucional. Resulta particularmente interesante el hecho de que algunos de los entrevistados poseen más de una propiedad y, por lo menos, una de estas fue adquirida haciendo uso del crédito hipotecario del Instituto Nacional de Fomento a la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) al que tuvieron derecho por ser trabajadores del IMSS. Aquellos que tienen más de una vivienda, otorgan apoyo residencial a sus hijos. *“Tuve derecho a que me dieran una casa, el Seguro, salí afortunado y me dieron una casa (...) cuando entré a trabajar al Seguro no tenía*

yo casa propia, rentaba yo y por medio del Seguro me dieron una casa de INFONAVIT y, a la fecha, la tengo todavía. Ahí está viviendo uno de mis hijos.”
Diego, 67 años.

Por último, se encuentra la *inserción en el entorno*, dentro del cual se consideran los elementos que rodean a la vivienda, bienes públicos como el equipamiento comunitario, los espacio de esparcimiento y la infraestructura, los cuales vinculan a la vivienda y a sus habitantes con diversos niveles espaciales y sociales, como el barrio, el municipio, la ciudad, en donde puede y debe de haber acción e intervención para el desarrollo de condiciones de bienestar (CELADE, 2006).

Al hablar sobre el uso del entorno físico, destaca el hecho de que existe una marcada segregación espacial de las personas adultas mayores, generada por la poca capacidad para acogerlos. Moreno Delgado (2007) expone que además de las trabas e impedimentos sociales y económicos que entorpecen o imposibilitan la integración de las personas a la sociedad existen también los físicos o arquitectónicos, afectando la capacidad y las posibilidades de accesibilidad, desplazamiento y comunicación de las personas, y por lo tanto, su integración y participación en sociedad.

Sobre lo anterior, en el manual de la CEPAL se expone lo siguiente: *“El entorno físico se ha creado sobre la base de un patrón que sólo es adecuado para parte de la población: el adulto medio”* (2006, p.159). Aunado a esto, el deterioro causado por el paso del tiempo, el mal uso y/o por la mala planeación y, además, el poco o nulo mantenimiento que reciben los elementos que conforman el espacio público, exacerban la situación de segregación espacial de la que pueden ser objeto, especialmente en las edades más avanzadas.

En el caso de los entrevistados, son muy diversas las zonas en las que se encuentran sus domicilios, pero la evaluación que ellos realizan es favorable. En

general, reconocen que existen deficiencias pero no se sienten limitados por elementos de su entorno, y consideran que aún cuentan con las capacidades físicas y mentales para sobrepasar las barreras de accesibilidad y desplazamiento a las que se pueden enfrentar. Para ellos hay algunos elementos que aún no representan trabas de ningún tipo.

Existen situaciones que podrían parecer contrastantes pero que en la evaluación subjetiva están cargadas de elementos positivos. Por un lado, está el caso en el que la vivienda se encuentra ubicada cerca del centro de la ciudad de Toluca. Dicha residencia se encuentra bien integrada y vinculada con y en las facilidades que brinda el desarrollo urbano de la ciudad, cuenta con servicios y diversas vías de acceso y comunicación, con centros hospitalarios cercanos y también deportivos y recreativos, los cuales son aprovechados y disfrutados por la entrevistada; por otro lado, se encuentra el caso en el que la residencia se halla en otro municipio, en una zona habitacional alejada en donde las opciones de transporte son limitadas, así como la oferta de servicios, pero es cercana a una reserva forestal, espacio que es aprovechado ampliamente por el entrevistado.

En la evaluación realizada por las personas adultas mayores participantes en la investigación, sobre su entorno físico, sobresale que en la mayoría de los casos identifican una buena calidad de éste, ya que cubre sus necesidades objetivas y subjetivas; han adaptado su espacio y se han adaptado al ambiente. Es deseable que esta situación perdure e, incluso, mejore durante el resto de su vida, lo cual se vuelve un reto ante el conocimiento de que las necesidades y las capacidades se transforman, por lo cual se puede y debe trabajar para que los espacios públicos y los privados, específicamente el domicilio y todas sus partes, sigan siendo desde su diseño favorables y no potencialmente peligrosos.

Acerca del entorno social, la conclusión es similar. Es necesario tener presente el hecho de que en las diferentes etapas de la vida uno forma parte de diversas redes y participa en ellas de diferente forma; no garantizan bienestar por

sí mismas, por lo que resulta pertinente continuar estudiándolas pero también incentivar a los adultos mayores a reconocer la relevancia de éstas en su vida y evaluar su funcionalidad en escenarios futuros, en donde quizás necesiten de mayor apoyo. En el caso de aquello que identifican como efectos nocivos en el entramado de vínculos pueden identificar otras redes, tanto formales como informales, que ayuden a mejorar su calidad de vida.

Conclusiones y recomendaciones

Al poner atención en las grandes transformaciones por las que ha pasado el país en las últimas décadas, destaca el aumento en la esperanza de vida, la cual es reconocida como un logro atribuido a las ciencias médicas y su vínculo con programas de salud pero también al proceso de implementación y establecimiento de infraestructura de servicios, que pese a ser desiguales en el territorio nacional han hecho que los mexicanos vivamos más años; sin embargo, este fenómeno sociodemográfico no garantiza por sí mismo condiciones de bienestar. Es un hecho que la población mexicana envejece, ¿en qué condiciones?

La pregunta anterior es una de las interrogantes que motivaron esta investigación, la cual partió del reconocimiento del envejecimiento como un proceso normal y adaptativo, en el cual hay transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, y puede ser vivido en condiciones de funcionalidad física y mental, con autonomía, dignidad y participación social, es decir, que puede ser una etapa activa de la vida y no de pérdidas y vulnerabilidad.

Es un hecho que las personas no envejecen de la misma manera. Para algunos individuos el envejecimiento activo es una realidad, para otros el envejecimiento es una situación de fragilidad y discapacidad, ¿de qué depende? La configuración de la vejez se da a lo largo de la trayectoria de vida, y está en la carga genética de cada persona y en las capacidades y las posibilidades que tiene para percibir, actuar, adaptarse y resistir los procesos y eventos, de orden físico, social, cultural, político, económico, etc., que estructuran sus múltiples entornos.

Después de identificar la multitud de elementos y variables que pueden incidir en las condiciones de vida en la vejez, se consideró el potencial del concepto de calidad de vida como herramienta de evaluación de las condiciones de bienestar, pues abarca elementos objetivos y subjetivos. No sólo se concentra en la cobertura de satisfactores económicos y necesidades sociales, sino también

en la apreciación y valoración que el sujeto hace sobre estos elementos, y de su condición y potencialidad como ente social.

En esta sección se presentarán las conclusiones de la investigación, de las cuales derivan observaciones y recomendaciones presentadas con el ánimo de que los resultados del trabajo aporten información y datos al campo de estudio científico sobre el envejecimiento. Asimismo, esta información pretende ser de utilidad para el diseño, evaluación e implementación de programas sociales y estrategias de acción enfocadas a la atención de las múltiples necesidades y demandas de esta población, de todos los grupos que la integran y le dan heterogeneidad, pero también que sean de utilidad para otros sectores de la población en aras de incentivar la búsqueda y la lucha por una vida con dignidad y calidad.

En un primer momento de la investigación, se planteó el uso de una metodología mixta para poder realizar la evaluación de la calidad de vida, esto con la finalidad de poder cubrir las dimensiones objetiva y subjetiva de las condiciones de vida de los adultos mayores, específicamente de los jubilados del IMSS. En continuidad, se trabajó con una fuente de información cuantitativa, el Censo de Población y Vivienda del año 2010, y una fuente cualitativa, un conjunto de entrevistas semiestructuradas.

El hecho de trabajar con dos fuentes de información implicó retos, especialmente por la gran cantidad de datos que cada una aportó, pero también se hizo visible la compatibilidad y la posibilidad de articulación y complementación entre éstas, sin dejar de considerar que cada una tuvo sus respectivos alcances y limitaciones. Es por eso que, en general, se puede afirmar que la metodología mixta cumplió con su cometido.

Con respecto al trabajo con la base de datos del ejercicio censal, destacó el hecho de que con sus múltiples temáticas fue posible conocer los datos y elaborar

la mayoría de los indicadores para la población seleccionada. Así se pudo visualizar un panorama amplio del envejecimiento en el Estado de México y, en particular, de las condiciones de vida de la población jubilada y/o pensionada.

Sin embargo, no fue posible indagar sobre los montos de los ingresos, pues en el diseño del censo solamente se recupera esta información para la población captada como activa en el mercado laboral. Para aquellos que aparecen como inactivos existen múltiples opciones para conocer las fuentes de sus ingresos, pero no los montos de éstos. Dichos datos aparecen en las encuestas de gasto en el hogar, pero ante el contexto nacional actual, la inclusión en el censo de preguntas enfocadas a la obtención de estos datos es prudente, ya que es necesario ampliar la información sobre los recursos con los que cuenta el sector de la población que no está recibiendo ingresos por salario, especialmente los adultos mayores, con el fin de evaluar su capacidad de acción para cubrir sus necesidades básicas y valorar la funcionalidad de las políticas y programas sociales enfocados a su atención. Además, como ya se ha podido ver, la seguridad económica, en su carácter objetivo y subjetivo, es un elemento esencial en la calidad de vida.

Si se habla de salud destaca la necesidad de incluir en el censo cuestionamientos para poder elaborar un diagnóstico epidemiológico poblacional, pues este tema tan complejo queda enmarcado en la atención a la salud, la derechohabencia y la discapacidad. Las instituciones de salud generan y difunden sus indicadores, pero es esencial recordar que no todas las personas cuentan con afiliación a una institución de salud y aquellos que tienen no siempre acuden.

Es importante mencionar que aunque en el censo están presentes cuestionamientos sobre el espacio residencial, los servicios, los bienes y los activos en el hogar, elementos relevantes en el estudio de los entornos favorables, su incorporación a la investigación no fue posible pues la elaboración de los indicadores superó las capacidades técnicas e instrumentales de las

herramientas de análisis. Se buscaron alternativas pero sin éxito contundente, las cuales no aparecen en el trabajo pues no se podía garantizar la validez de los datos generados; no obstante, fue posible realizar una aproximación a estos temas desde la metodología cualitativa.

En torno al ejercicio cualitativo destacó el apoyo de la asociación “Nuevos Horizontes”, de su cuerpo directivo y de sus miembros, así como la participación de los voluntarios, quienes cedieron su tiempo, y en algunos casos su espacio, para la realización de las entrevistas. Por su parte, la guía de entrevista fue un soporte fundamental para poder abordar e incorporar temáticas en el diálogo. Las herramientas técnicas para el registro y análisis, específicamente el programa Atlas Ti, rebasaron las expectativas, permitiendo desarrollar con éxito la metodología mixta.

Por otro lado, al tratar los temas del envejecimiento poblacional e individual, destacó el hecho de que el conjunto de personas adultas mayores jubiladas y o pensionadas es una minoría dentro de la población con 60 o más años. El retiro es casi exclusivo para los trabajadores del llamado sector formal del mercado laboral, conformado principalmente por asalariados urbanos, y también la gran mayoría son hombres, pues son pocas las mujeres que se incorporaron al mercado laboral formal y pudieron acceder a las prestaciones que facilitarían su retiro. A esto se agrega que más de la mitad son menores de 70 años, son gerontolescentes, están en un proceso de adaptación a la vida fuera del mercado laboral y a los cambios inherentes a su envejecimiento.

El conocimiento y las experiencias que han tenido, relacionadas con el envejecimiento, marcan la apreciación que tiene sobre su propio proceso, el cual es complejo pues ante todo significa el reconocimiento de limitaciones y nuevos roles, principalmente el de jubilados y/o el de abuelos, situación que puede y debe cambiar, por ejemplo, identificando el papel que ejercen o pueden llevar a cabo como miembros activos de su comunidad y de la sociedad.

En cuanto a la jubilación y sus múltiples modalidades es necesario reflexionar sobre el papel que juega en la trayectoria de vida de los sujetos y la manera en la que se preparan para esta situación, teniendo en mente que para algunos es algo deseable, para otros no lo es y para algunos cuantos es inevitable, especialmente por cuestiones de salud. Los trabajadores del IMSS tienen la posibilidad de prolongar su retiro, lo cual es una opción para aquellos en edades no avanzadas y/o que aún cuentan con la capacidad funcional para laborar pero, sin duda, tienen la presión social e institucional del reemplazo generacional. Por otro lado para aquellos que no es deseable, la idea del retiro puede estar vinculada al temor a la vejez y sus implicaciones sociales.

Dentro de la institución de salud se debe de incentivar el desarrollo y mejoramiento de programas enfocados en la atención de estas circunstancias, los cuales permitan que el retiro sea un proceso gradual y no uno tajante, enmarcado por una decisión individual; además, debe incluir una perspectiva gerontológica que les permita reconocer al envejecimiento y a la jubilación (no son sinónimos) como etapas activas de la vida, y, a su vez, identificar sus posibilidades y potencialidades para la planeación y realización de proyectos personales. El curso prejubilatorio y la asociación de jubilados aportan elementos positivos en esta área, sin embargo pueden seguir mejorando para alcanzar sus objetivos.

Otro punto tratado en el trabajo al evaluar la calidad de vida, fue el de la seguridad económica, de gran relevancia, pues significa la posibilidad de contar con recursos monetarios para la satisfacción y cobertura de necesidades. Esto incide en la percepción subjetiva del bienestar, al brindar tranquilidad y cierta capacidad de acción.

El hecho de contar con una pensión marca una gran diferencia entre la población de adultos mayores. En el caso de los jubilados del IMSS, contar con esta prestación mensual y garantizada, por lo menos hasta el momento, los ubica en una situación de ventaja, de la que ellos son conscientes. Sin embargo, el

monto depende de la categoría (puesto) desempeñado en la institución, por lo que su nivel educativo y de formación profesional, así como las posibilidades de ascender en la estructura institucional, además de otros elementos de su historia laboral, definen la cantidad de su pensión, lo cual genera que mientras algunos pueden cubrir sus necesidades básicas e, incluso, obtener satisfactores extras, otros pueden estar en situaciones en donde apenas pueden o no cubrir los crecientes costos de vida.

Por lo anterior, es esencial reconocer el papel de la educación como catalizador de condiciones sociales y económicas favorables, elemento que debe ser de interés para el total de la población y para el Estado. También resalta el papel del sistema de seguridad social, principal sustento del sistema de pensiones, al garantizar protección mediante arreglos institucionales y administrativos a los miembros de la sociedad. No obstante, hay que considerar que la educación sigue siendo exclusiva de un sector de la población, por lo que se debe trabajar en lo incluyente. Con respecto a los trabajadores del IMSS, es necesario garantizar que los sueldos de los trabajadores, base de las pensiones, sean justos y suficientes; mantenerse informados y divulgar información sobre el estado del sistema de pensiones y jubilaciones para poder garantizar su permanencia y mejora.

Acerca su salud, entendida como la condición física, mental y social del individuo vinculada con su bienestar (no sólo la presencia o ausencia de enfermedades y padecimientos) destaca el hecho de que los jubilados del IMSS cuentan con recursos sociales, específicamente la derechohabiencia, para responder a la situación específica en la que están viviendo su vejez, es decir, con cambios en su organismo inherentes al envejecimiento, o con padecimientos crónico degenerativos. Como se pudo apreciar, tanto en los datos cualitativos y cuantitativos, no todos los derechohabientes acuden a la institución de salud a la que tienen derecho, por diversas razones, como el mal trato, los tiempos de espera prolongados y la desconfianza, y prefieren realizar un desembolso

económico para recibir atención médica y pagar tratamientos en centros de salud privados.

Por consiguiente, es necesario mejorar los servicios de atención a la salud. Es imperativo capacitar y sensibilizar al personal involucrado, tanto del área médica como de los sectores administrativos, y adaptar los procesos burocráticos con el fin de que no obstaculicen la búsqueda de bienestar, todo esto en el marco de los derechos del paciente y los derechos de los adultos mayores.

Además, al hablar sobre la valoración subjetiva de su salud, destacó el proceso de reconocimiento de los cambios que han sucedido y suceden en su organismo y de los padecimientos crónico degenerativos, en el caso de aquellos que los tienen, que son la mayoría. Ante estos cambios, los sujetos buscan adaptarse haciendo usos de sus recursos y posibilidades, en función de su idea de bienestar en el envejecimiento. Por lo tanto, es pertinente difundir información que les permita optimizar su vida y su percepción sobre la vejez.

La información debe llegar a todos los sectores de la población pero específicamente a aquellos que se encuentran en el entorno de las personas adultas mayores y estructuran sus redes sociales de apoyo, con el fin de conservarlas y/o mejorarlas. En todas las secciones de la investigación fue notorio el papel tan relevante del entorno social para los adultos mayores, en donde ellos participan brindando y recibiendo diversos tipos de ayuda.

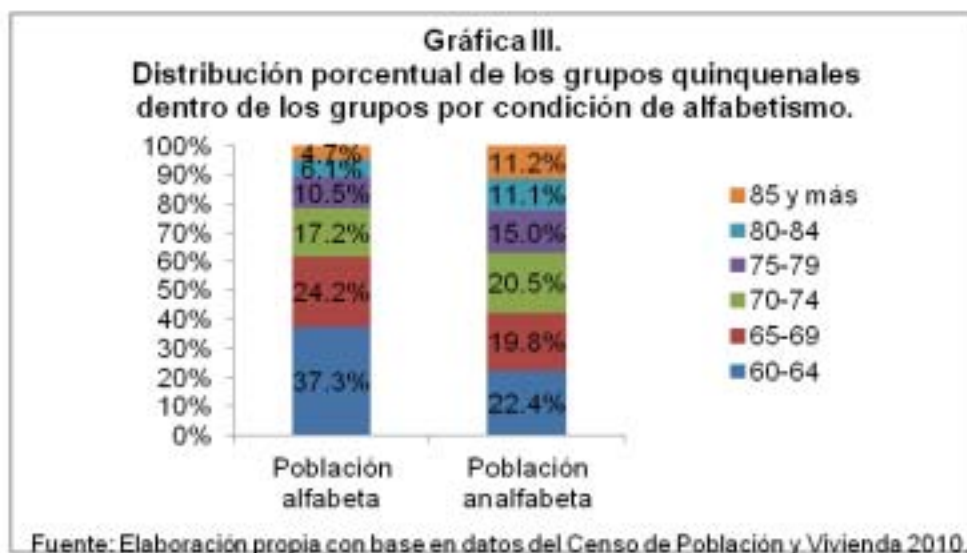
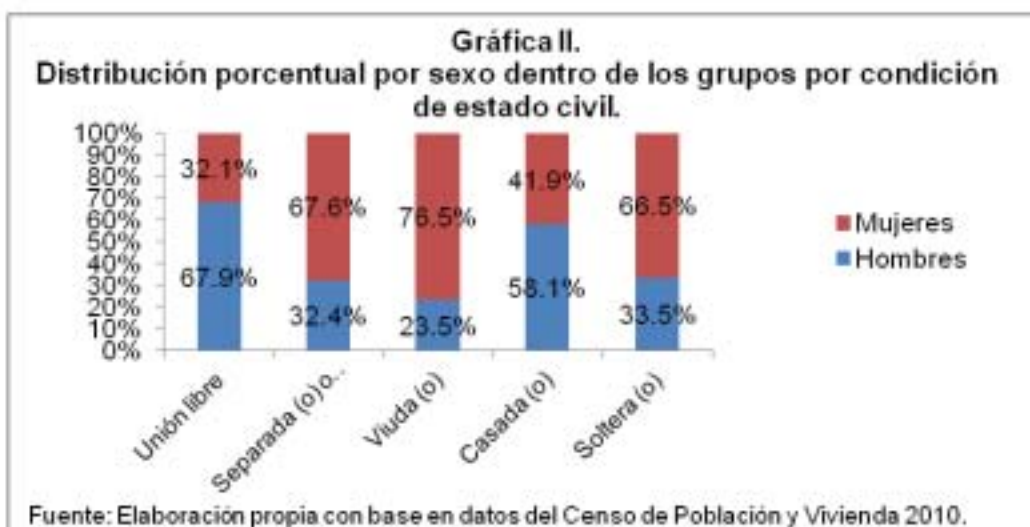
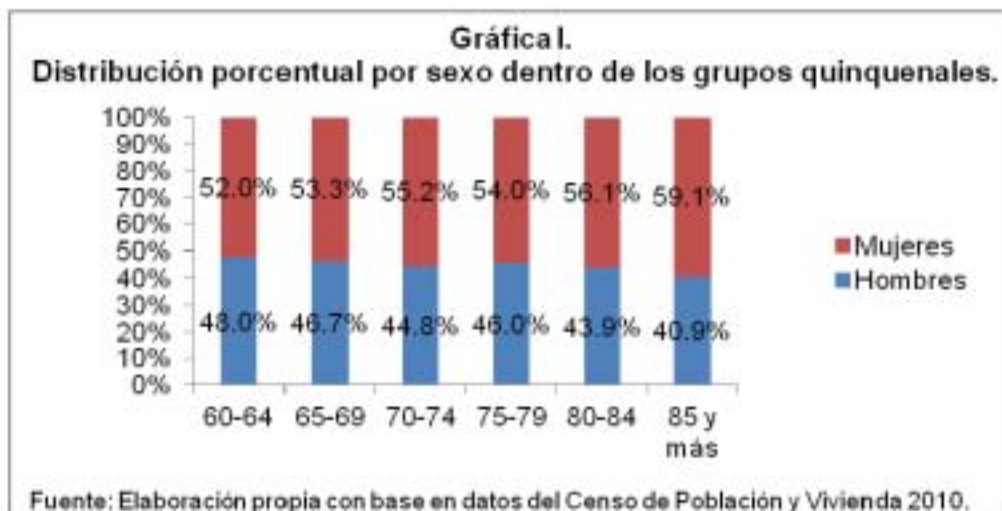
Ante situaciones y/o ambientes que resulten nocivos para la calidad de vida, dentro del núcleo familiar, así como en el entorno social y comunitario, el adulto mayor debe conocer sus derechos para poder hacerlos valer. También debe tener conocimiento de las opciones que existen para recibir apoyo formal. Por eso es necesario elaborar y difundir un directorio de programas y servicios a los que pueden acceder.

Para el caso de los entornos físicos es necesario realizar una evaluación más profunda y detallada sobre el entorno residencial. En el caso de aquellos adultos mayores más jóvenes, es vital plantear escenarios futuros en donde sus necesidades se van a transformar, esto con el fin de que continúen aprovechando su espacio y evitar que sus hogares o algunos elementos dentro de éstos se vuelvan barreras arquitectónicas o peligros latentes. Para aquellos con mayor edad y/o con necesidades específicas, dicha evaluación puede ayudar a mejorar o mantener sus condiciones de vida con bienestar.

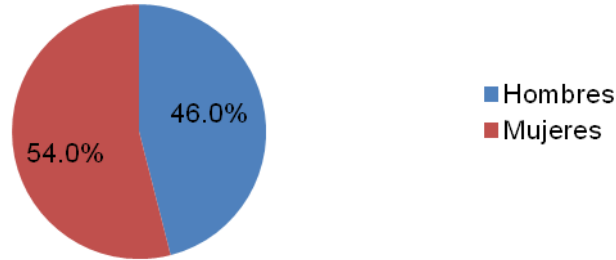
El espacio físico, público y comunitario, también debería de ser evaluado, por instituciones especializadas y por los adultos mayores, en función de identificar y plantear necesidades y demandas. Es responsabilidad del Estado y el gobierno garantizar condiciones favorables para que este creciente sector de la población pueda seguir aprovechando su entorno, participando y haciendo uso de él, evitando así situaciones de marginalización y exclusión social.

Finalmente, se puede afirmar que los resultados de esta investigación destacan la gran importancia de la historia y trayectoria de vida de los adultos mayores en la configuración de su calidad de vida, su entorno social, compuesto por su familia, su comunidad, el Estado y sus instituciones. Lo anterior ha influido en la estructuración de sus condiciones de vida, las cuales son evaluadas singularmente según su interpretación y percepción de lo que es deseable, satisfactorio y/o aceptable, elementos de gran carga social. Las personas adultas mayores jubiladas del IMSS parecen reconocer la situación de ventaja y oportunidad que tienen dentro del conjunto de la población envejecida, pues pudieron incorporarse y dar forma a un sistema de seguridad social que les otorgó y ahora les brinda cierta protección en esta etapa de su vida, la cual sin duda puede mejorar.

Anexo I

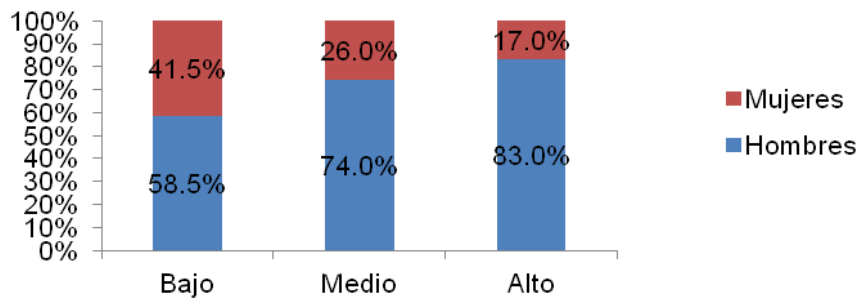


Gráfica IV.
Distribución porcentual por sexo dentro de la población de adultos mayores con autoascripción indígena.



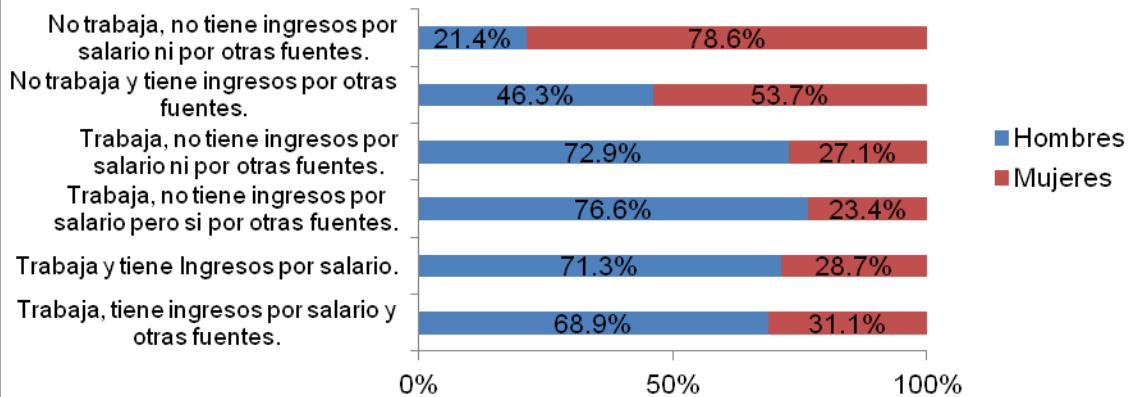
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Gráfica V.
Distribución porcentual por sexo dentro de los grupos por salario mínimo.

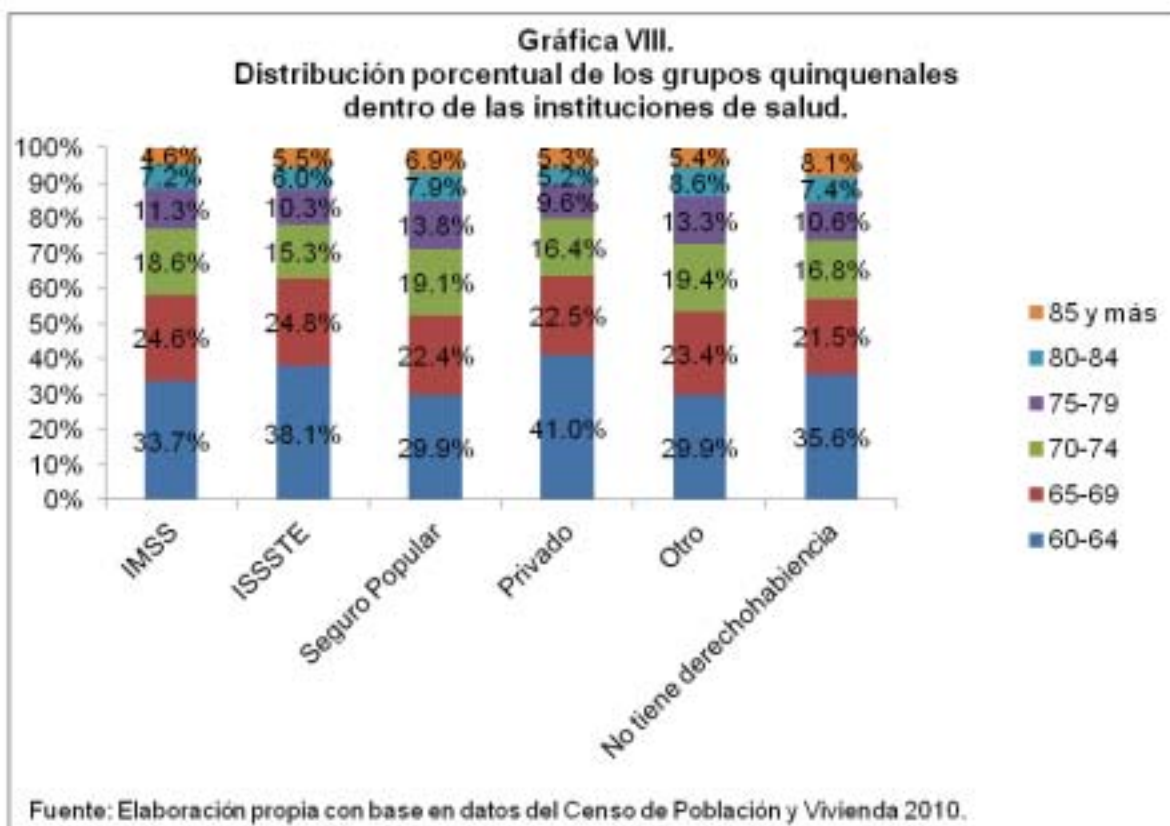
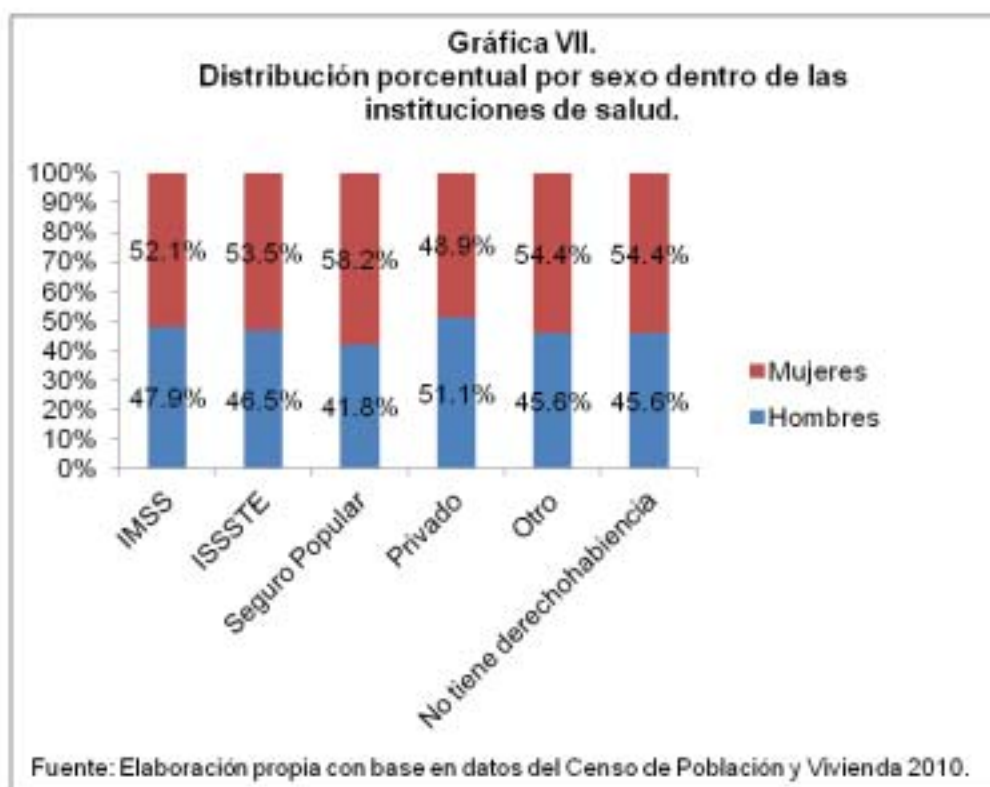


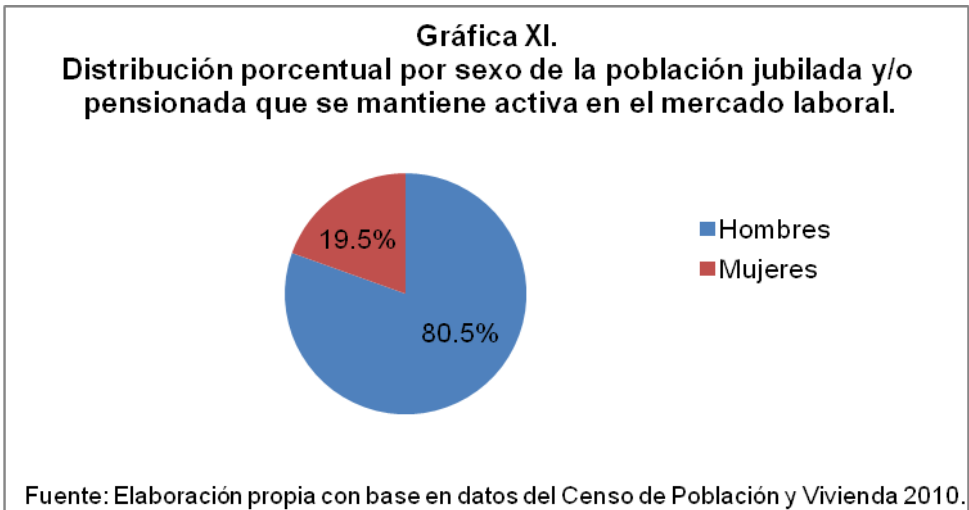
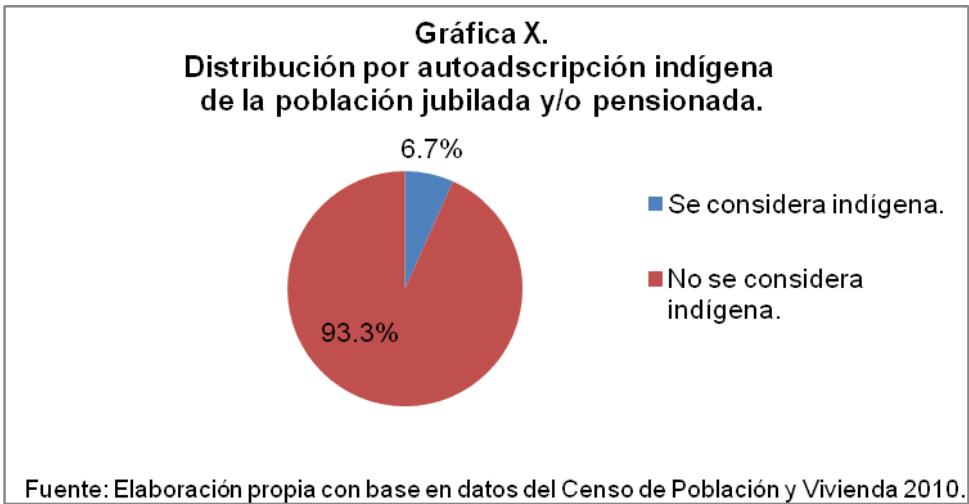
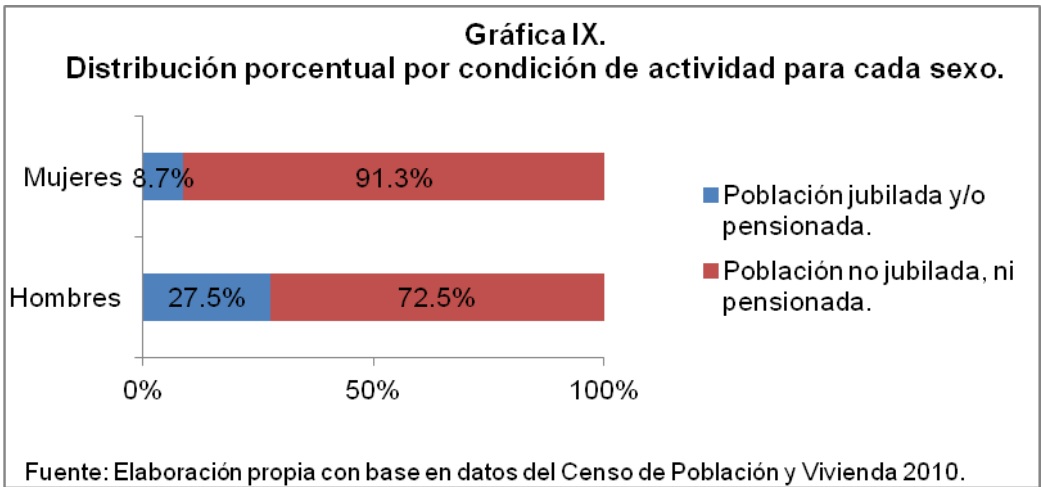
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Gráfica VI.
Distribución porcentual por sexo dentro de los grupos de relación entre ingresos y condición laboral.

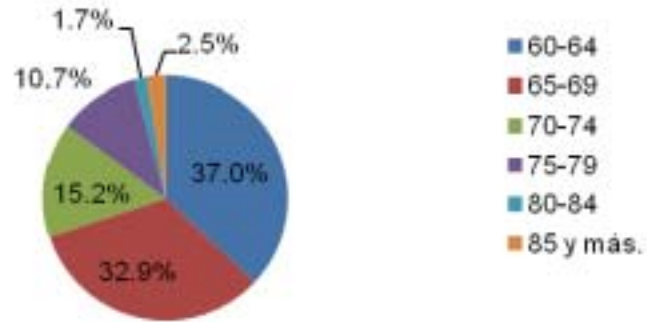


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.





Gráfica XII.
Distribución porcentual por grupos de quinquenales de la población jubilada y/o pensionada que se mantiene activa en el mercado laboral.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Anexo II

Tabla I. Distribución porcentual de los niveles educativo dentro de los grupos quinquenales.

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Ninguno.	15.4%	21.0%	29.5%	33.0%	40.7%	45.4%
Primaria.	50.3%	52.5%	50.6%	52.1%	45.0%	41.7%
Secundaria.	12.9%	9.3%	6.7%	5.4%	5.8%	6.8%
Preparatoria, bachillerato o normal básica.	5.5%	3.8%	3.2%	2.3%	2.6%	1.9%
Estudios técnicos.	6.8%	5.1%	3.8%	2.6%	1.9%	1.5%
Licenciatura, profesional o normal de licenciatura.	8.2%	7.5%	5.5%	4.3%	3.9%	2.4%
Posgrado.	0.9%	0.8%	0.7%	0.3%	0.1%	0.3%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabla II. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro de los grupos con autoadscripción indígena y sin ésta.

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Indígena	31.5%	21.8%	19.2%	12.3%	7.5%	7.7%
No indígena	34.5%	23.5%	17.7%	11.3%	7.1%	5.9%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabla III. Distribución porcentual de los grupos quinquenales dentro de los conjuntos por condición de actividad.

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Trabaja.	49.8%	25.7%	13.9%	5.9%	2.5%	2.2%
Jubilado o pensionado.	27.6%	23.2%	20.4%	14.6%	9.1%	5.1%
Se declara jubilado o pensionado pero por verificación se rescata que trabaja.	37.0%	32.9%	15.2%	10.7%	1.7%	2.5%
Se dedica a los quehaceres del hogar.	31.5%	24.2%	19.6%	12.2%	7.3%	5.2%
Otra situación.	22.5%	17.8%	18.5%	14.8%	12.6%	13.8%
Tiene alguna limitación física o mental que le impide trabajar.	13.3%	13.2%	18.5%	18.2%	15.6%	21.2%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Anexo III

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Centro de Estudios Sociológicos
Guía de entrevista

Introducción del entrevistador: Buenos días/tardes mi nombre es Leonel Dorantes Pacheco, estoy llevando a cabo un proyecto de investigación enfocado en la calidad de vida en el envejecimiento de los adultos mayores jubilados del IMSS, en el Estado de México. Esta entrevista forma parte de la investigación. La información que usted proporcione es confidencial y se utilizará únicamente con fines analíticos. Muchas gracias por brindarme su tiempo.

El objetivo es identificar, interpretar y analizar la percepción de los adultos mayores sobre su calidad de vida y su proceso de envejecimiento.

FOLIO: _____

ENTREVISTADO: _____

ENTREVISTADOR: _____

FECHA: _____

LUGAR: _____

Información básica del entrevistado	
Nombre	
Apellidos	
Edad	
Sexo	
Localidad de residencia	

Ubicación geográfica de residencia	
Municipio	
Localidad	

Domicilio de la vivienda o del lugar de realización de la entrevista	
Colonia	
Calle	
Número exterior	
Número interior	
Manzana, lote o sección	
Entre calles	

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: _____

ENTREVISTA TRASCRITA POR: _____

1. Envejecimiento poblacional

En años recientes se han publicado comunicados de diversas instituciones en donde se confirma el proceso de envejecimiento de la población en México, así como un aumento en la esperanza de vida.

- 1) *¿Qué opina al respecto?*
- 2) *¿Piensa que es una situación de oportunidades o problemáticas? (En caso de sí o no) ¿Por qué y para quiénes?*
- 3) *¿Cree que la manera de tratar a los adultos mayores en la sociedad, en las comunidades y en las familias ha cambiado con el tiempo? (En caso de sí o no) ¿En qué aspectos lo nota?*
- 4) *¿Cuál cree que es el rol del adulto mayor en la sociedad actual y en las familias?*

2. Envejecimiento individual

2.1. Proceso biológico

2.1.1. Estado de salud

- 5) *¿Cómo considera que es su estado de salud?*
- 6) *¿Ha notado que su estado de salud ha cambiado en los últimos años?*
- 7) *¿Tiene problemas de salud ahora? ¿Cuáles?*

2.2. Proceso psicológico

2.2.1. Salud mental y emocional

- 8) *¿Hay algo que le de tranquilidad en este momento?*
- 9) *¿Existe algo que le cause preocupación?*

2.3. Proceso social

2.3.1. Ideas sobre el envejecimiento

- 10) *¿Cuáles son las tres cosas o palabras que le vienen a la mente cuando escucha la palabra envejecimiento?*
- 11) *¿Considera que es una etapa de ventajas o desventajas?*
- 12) *¿Considera que recibe un trato diferente?*

3. Mercado laboral

3.1. Vida activa

3.1.1. Ingreso al mercado laboral

- 13) *¿A qué edad comenzó a trabajar? ¿Ha tenido varios empleos?, ¿Cuáles?*
- 14) *¿A qué edad comenzó a trabajar en el IMSS?*

3.1.2. Puesto

- 15) *¿Qué puesto/categoría o qué puestos/categorías ocupó durante su vida laboral en el IMSS?*

3.1.3. Tipo de nombramiento

- 16) *¿Qué forma de contratación tuvo?(Confianza A o B, o Sindicalizado)*

3.1.4. Tipo de actividades realizadas

17) *¿Qué actividades realizó durante su estancia laboral en el IMSS?*

3.2. Cesantía

3.2.1. Salida del mercado laboral

18) *¿A los cuántos años de laborar se jubiló del IMSS?*

19) *¿Le informaron sobre la posibilidad de retirarse o ya lo tenía previsto?*

20) *¿Cómo se sintió cuando quedó confirmada su jubilación?*

21) *¿Cómo reaccionó su familia al respecto?*

22) *¿Tiene amigos, conocidos, también jubilados? ¿La experiencia de ellos le fue de ayuda a usted?*

23) *¿Usted ha compartido su experiencia con alguien próximo a jubilarse? ¿Qué le diría a alguien en esta situación?*

3.2.2. Último puesto

24) *¿Cuál fue el último puesto que ocupó?*

3.3. Permanencia en el mercado laboral

25) *¿Actualmente realiza alguna actividad remunerada? / ¿Actualmente sigue trabajando?*

26) *¿Le gustaría seguir trabajando?*

27) *¿Qué piensa su familia al respecto?*

3.3.1. Decisión de retiro

28) *¿Por qué decidió retirarse/dejar de trabajar?*

3.3.2. Decisión de permanencia

29) *(En caso de que aún trabaje) ¿Cuáles son sus motivaciones para seguir trabajando? ¿Por qué?*

30) *¿A qué se dedica? (lugar y condiciones)*

31) *¿Disfruta continuar trabajando?*

4. Sistema de seguridad social

4.1. Afiliación

32) *¿A qué edad se afilió al IMSS? ¿Estaba asegurado antes de comenzar a trabajar en el Seguro Social?*

33) *¿Existe algún beneficiario de su afiliación?*

34) *¿Cuenta con la afiliación a otro sistema de seguridad social? (En caso de que así sea) ¿Cuál es? ¿Cómo alcanzó esta situación?*

4.1.1. Derechos y obligaciones

35) *¿Conoce sus derechos y obligaciones como miembro del sistema de seguridad social? (Como activo y como jubilado) ¿Cuáles son?*

4.2. Derechohabiencia

4.2.1 Historia de Derechohabiencia

36) *Como derechohabiente ¿Conoce las prestaciones y servicios a los que tiene derecho? ¿Cuáles son?*

37) *¿Hace uso de las prestaciones y servicios que están a su disposición como asegurado del IMSS? ¿Cuáles?, (sí/ no, ¿por qué?)*

4.3. Prestaciones

4.3.1. Prestaciones Sociales

38) *¿Conoce y/o participa en alguno o varios de los programas de Bienestar Social, Desarrollo Cultural, Deporte y Cultura Física o Capacitación y Adiestramiento Técnico del IMSS? ¿Cuáles? (Acceso) (sí/ no, ¿por qué?)*

4.3.2. Prestaciones laborales y servicios

39) *¿Ha hecho uso de prestaciones laborales como el servicio de guarderías, servicios funerarios, de hospedaje o compras en tiendas de autoservicio de la institución? ¿Cuáles y cuándo?*

4.3.2.1. Atención a la Salud

40) *¿En dónde se atiende si tiene algún problema de salud?*

41) *¿Acude a los servicios de salud del IMSS? (En caso de sí o no preguntar) ¿Por qué? ¿Cuál o cuáles son? (privado, medicina alternativa, medicina tradicional, etc.)*

42) *¿Usa el servicio de prevención de la salud?*

43) *¿Con qué frecuencia acude a recibir atención médica al IMSS?*

44) *¿A qué servicios son a los que más acude?*

45) *¿Se encuentra satisfecho con la atención? ¿Por qué?*

46) *¿Cuáles son los beneficios y las desventajas que identifica sobre la atención que recibe?*

4.3.3. Prestación económica

4.3.3.1. Subsidios y pensiones

47) *¿Durante su vida como miembro activo utilizó el apoyo (subsidios) al que tuvo derecho?*

48) *¿Recibe actualmente una pensión?*

5. Sistema de jubilaciones y pensiones

5.1. Tipo de jubilación

49) *¿Qué tipo de jubilación fue la de usted?*

5.2. Tipo de pensión

50) *¿Qué tipo de pensión está recibiendo actualmente?*

51) *¿Considera que el monto es justo en relación con el salario que recibía?*

52) *¿Le alcanza para cubrir sus gastos y necesidades?*

5.3. Apoyo y asesoría

53) *¿Recibe apoyo y o asesoría para el manejo de su pensión?*

5.4. Ventajas / desventajas.

54) *¿Cuáles identifica como las principales ventajas sobre el recibir una pensión?*

55) *¿Identifica problemáticas y/o desventajas? ¿Cuáles?*

56) *¿Ha tenido problemas para realizar el cobro de su pensión? (En caso de que la respuesta sea sí) ¿Se le ha dado una solución a esto? ¿Cómo fue?*

6. Ciclo de vida

6.1. Estado civil

57) *¿Actualmente tiene pareja?/ ¿Cuál es su estado civil actualmente?*

58) *¿También es jubilad@ y pensionad@?*

59) *(En caso de que la respuesta sea sí) ¿Cuánto tiempo tienen juntos?*

60) *¿Cuál es la edad de su pareja?*

6.2. Redes de apoyo

6.2.1. Numero de hijos

61) *¿Tiene hijos? ¿Cuántos?*

62) *¿Convive con ellos?*

63) *¿Recibe apoyo de ellos? ¿De qué tipo?*

64) *¿Usted los apoya en algo? ¿Con qué?*

6.2.2. Número de nietos

65) *¿Tiene nietos?*

66) *¿De qué edades?*

67) *¿Convive con ellos?*

68) *¿Le apoyan de alguna manera? ¿Cómo o con qué?*

69) *¿Usted los apoya en algo? ¿Con qué?*

6.2.3. Familia

70) *¿Su familia pasa tiempo con usted?/ ¿Usted pasa tiempo con su familia?*

71) *¿Alguien en particular?*

72) *¿Se reúnen con frecuencia?*

73) *¿Los apoya con algo? ¿Con qué?*

74) *¿Usted se encuentra a cargo de alguien de su familia? (En caso de que así sea) ¿Quién y por qué?*

6.2.4. Amistades y conocidos

75) *¿Se reúne con algún amigo o compañero del trabajo?*

76) *¿Se reúne con algún vecino?*

77) *¿Se reúne con algún otro jubilado?*

6.3. Tipo de vivienda y Arreglos residenciales

78) *¿En dónde vive?*

79) *¿Con quién vive actualmente?*

6.4. Arreglos económicos

80) *¿Su ingreso es el principal soporte económico en su hogar?*

81) *¿Existen otros ingresos?*

82) *¿Alguien más trabaja y aporta dinero en su hogar? ¿Quién?
¿Con que frecuencia? ¿Cómo se siente al respecto?*

6.5. Cotidianidad

83) *¿Cuál era su rutina diaria? ¿Cómo era la jornada laboral?*

84) *¿Tiene una rutina actualmente? ¿Realiza actividades con
horarios fijos?*

85) *¿A qué le dedica tiempo en un día normal?*

86) *¿Tiene algún pasatiempo?*

6.6. Religión

87) *¿Practica alguna religión? ¿Cuál?*

88) *¿Acude a su iglesia? ¿Con que frecuencia?*

89) *¿Participa en actividades organizadas por su iglesia? ¿Usted
apoya de alguna manera?*

7. Trayectoria de vida

7.1. Historia educativa

90) *¿Cuál es su último grado de estudios?*

91) *¿En dónde estudió?*

92) *¿Estudia actualmente? (En caso de sí o no) ¿En dónde?*

93) *¿Le gustaría estudiar algo más?*

7.2. Historia de salud

94) *¿Cuáles identifica como sus principales problemas de salud
durante su vida?*

95) *¿Ha sufrido de accidentes o padecimientos que requieran
atención médica?*

96) *¿Recibe algún tipo de tratamiento médico?*

97) *¿Su familia está al tanto de su estado de salud?*

98) *¿Alguien lo acompaña a sus citas? (En caso de que así sea)
¿Quién?*

7.3. Historia laboral

7.3.1. Ingreso al mercado laboral (En preguntas previas existen elementos que enriquecen esta sección)

- 99) *(En caso de haber trabajado en alguna institución diferente al IMSS) ¿Recibía prestaciones por alguno de los empleos que desempeño fuera del IMSS?*
- 100) *(Considerando el total de empleos) ¿Cuál es el que más ha disfrutado o disfruta? ¿Por qué?*

7.4. Historia de jubilación

- 101) *¿Cómo fueron sus últimos días en la rutina laboral?*
- 102) *¿Cómo fueron sus primeros días como jubilado?*
- 103) *¿Extraña su trabajo?*
- 104) *¿A qué se ha dedicado desde entonces?*
- 105) *¿Qué lo motivó a afiliarse a la asociación “Nuevos Horizontes”?*
- 106) *¿Participa en las actividades de la asociación? ¿Cuáles?*
- 107) *¿Conoce los proyectos de la asociación?*
- 108) *¿Le parece importante participar? (En caso de sí o no) ¿Por qué?*
- 109) *¿Invitaría a participar a otros? (En caso de sí o no) ¿Por qué?*

8. Redes sociales de apoyo

8.1. Formales

8.1.1. Instituciones y asociaciones

- 110) *¿Piensa que la asociación de jubilados cumple su objetivo de apoyo mutuo?*
- 111) *¿Considera que el IMSS brinda apoyo necesario? (En caso de sí o no) ¿Por qué?*
- 112) *¿Pertenece a algún otro grupo de jubilados?*
- 113) *¿Forma parte de algún club o grupo? (En caso de que la respuesta sea sí) ¿Qué actividades realizan?*

8.2. Informales

8.2.1. Apoyo familiar y comunitario

- 114) *¿Considera que recibe apoyo de su familia? ¿De qué tipo y con qué frecuencia?*
- 115) *¿Brinda apoyo a algún miembro de su familia? ¿Qué tipo de apoyo?*
- 116) *¿Recibe apoyo de alguien más además de su familia, amigos, vecinos, conocidos? ¿De qué tipo y con qué frecuencia?*
- 117) *¿Apoya a alguien que no sea de su familia? ¿Qué tipo de ayuda? ¿Por qué lo hace y con qué frecuencia?*

9. Calidad de vida

9.1. Bienestar subjetivo

9.1.1. Afectivos – Emocionales

9.1.1.1. Autoaceptación

Bibliografía

- Acosta, D. (2007). La transición del funcionamiento cognoscitivo normal a la demencia. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. En *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 315-319). México: McGraw Hill Interamericana.
- Acuña-Gurrola, M. & González-Celis-Rangel, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.*, 2 (2), 71-81.
- Aparicio, R. (2002). La transición demográfica y vulnerabilidad en la vejez. En Conapo. *Situación Demográfica 2002* (pp. 155-168). México: Conapo.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Serie Población y Desarrollo. núm. 21. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.
- Arellano-Sánchez, J. & Santoyo, M. (2011). Imagen y vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. México: Plaza y Valdés.
- Baldi-López, G. & García-Quiroga, E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental. *Universidades*, (30), 9-16.
- Bentancor, A. (2010, septiembre). Integración de adultos mayores, el rol social y la perspectiva intergeneracional en programas educativos. En *IX Jornadas de Investigación en la Facultad de Ciencias Sociales*, Universidad de la República, Montevideo. Recuperado de: http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_1_Bentancor.pdf
- Blanco, M. & Pacheco, E. (2001). Trayectorias laborales en la Ciudad de México: Un acercamiento exploratorio a la articulación de las perspectivas cualitativa y cuantitativa. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. 7 (13), 105-137.
- Calcedo-Barba, A. & Castelli-Candia, P. (2007). Aspectos éticos y legales de los adultos mayores. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 115-120). México: Mc Graw Hill.
- Callejo, J. (2002). Observación. Entrevista y Grupo de Discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, (5), 409-422.
- Castellano-Fuentes, C. & De-Miguel-Negredo, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 79-95.

CELADE (2000). Caracterización socioeconómica de las condiciones de vida del adulto mayor. En *Panorama social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/4422/Capitulo_IV_2000.pdf

____ (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: CELADE- CEPAL-ONU.

CEPAL (2008) Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares. *Serie Manuales*, núm. 60. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.

Chackiel, Juan. (2002). Los Censos en América Latina: Nuevos Enfoques, *Revista Notas de Población*. núm. 75. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE, 45-72.

Civero-Cerecedo, A. & Beato-King, R. (1998). Política educativa, 1910-1990. En *Historia General del Estado de México. vol. 6. De la Revolución a 1990* (pp. 379-410) Zinacantepec: El Colegio de México-Gobierno del Estado de México-Comité Editorial de la Administración Pública Estatal.

Denman, C. & Haro, J. (2000). Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En C. Denman & J. Haro. (Eds.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 9-53). Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Del Pilar-Torres Arreola, L. & Villagrán, J.P. (2010). Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud. En Gutiérrez-Robledo, L. M. & Gutiérrez-Ávila, J. H. (Coords.). *Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria*. (pp. 359-364). México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriátrica.

Fajardo-Ortiz, G. & Olivares-Santos, R. (2008). Viejismo en el ambiente cotidiano. En Mendoza- Núñez, V., Martínez-Maldonado, M. & Vargas-Guadarrama, L. (Ed.). *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*, (pp. 77-100). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-Universidad Nacional Autónoma de México.

García-Camacho, V. (2007). Situación de la persona adulta mayor en Costa Rica: Logos y desafíos. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M S.. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 141-147). México: Mc Graw Hill.

Gastron, Liliana. (2007). Las ciencias sociales en el campo del envejecimiento: líneas teóricas vigentes en investigaciones de Latinoamérica. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 33-48). México: Mc Graw Hill.

González-Celis Rangel, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En Gutiérrez-Robledo, L. & Gutiérrez-Ávila, J. H. (Coords.) *Envejecimiento Humano. Una visión*

transdisciplinaria (pp. 365-378). México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriatria.

Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Serie población y desarrollo. núm. 28, Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.

_____, Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo a las personas adultas mayores: Marco Conceptual. *Revista Notas de Población*, (77), 35-70.

Ham-Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa.

Hebrero, M. (2011). Salud y bienestar en la población adulta mayor en el Estado de México. En Montoya-Arce, J. & Montes de Oca-Vargas, H. (Comps). *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el Estado de México* (pp.109-147). Toluca:CIEAP-UAEM.

Herrero, J. & Gracia, E.. (2004). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: Un análisis comparativo en los contextos comunitarios y residenciales. En *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 41-50.

Huenchuan, Sandra & Montes de Oca, V. (2007). Envejecimiento, género y pobreza en América Latina y el Caribe. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 79-86). México: Mc Graw Hill.

INEGI (2001) *Indicadores sociodemográficos de México. (1930-2000)*. México. Recuperado de:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf

____ (2011a). *Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de:

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cpv2010.pdf

____ (2011b). *Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de:

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

____ (2011c). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Presentación. Recuperado de línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/presentacion.aspx>

____ (2011d). *Panorama sociodemográfico de México*. INEGI. México.

- Jarquín-Ortega, M., Miño-Grijalva, M. & Cadena-Inostroza, C. (2011). *Estado de México. Historia Breve*. Colección Fideicomiso Historia de las Américas. Serie Historias Breves. México: El Colegio de México- Fondo de Cultura Económica.
- Kabanchik, Alicia. (2007). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 320-327). México: McGraw Hill Interamericana.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- López, M. (2007). El envejecimiento y su impacto económico. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 72-78). México: Mc Graw Hill.
- López-Arellano, O., Rivera-Márquez, J., Delgado-Campos, V. & Blanco-Gil, J. (2010). Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social. *Medicina Social*. 5 (2), Mimeo, (pp. 165-170).
- Márquez S, M., Pelcastre, B. & Salgado de Snyder, V. N. (2006). Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En Salgado de Snyder, N. & Wong, R. (Eds.). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México* (pp. 71-84). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Meléndez-Moral, J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. En *Geriátrika*. 12 (8), 40-43.
- Mendoza-Núñez, V. M. (2008). Enfermedades crónicas en la vejez. En Mendoza-Núñez, V. M., Sánchez- Rodríguez, M. A. y Correa-Muñoz, E. (2008). *Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario* (pp. 9.-22). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.
- ____ Romo-Pinales Ma. R., Sánchez-Rodríguez, M. A. & Hernández Zavala Ma. S. (2011). Investigación. Introducción a la metodología. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.
- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: Notas para una pedagogía de la investigación. En *Cinta de Moebio*, (27), 27-33.
- Miró, C. A. (2003). Transición demográfica y envejecimiento demográfico. En *Papeles de Población*. (35), 9-28.
- Montes de Oca, V. (2001). *El envejecimiento en México: Un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores*. Tesis de Doctorado. México: CEDDU-El Colegio de México.

- _____ (2005). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Colección Cuadernos de Investigación. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.
- _____ (2007). Las redes de apoyo social: definiciones y reflexiones para gerontólogos. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 57-65). México: Mc Graw Hill.
- _____ (2009). “La vejez mexiquense tiene rostro de mujer, mujeres mayores entre la vulnerabilidad y la fuerza”. En Navarrete López, E. L. (Coord.). *Pasado y presente de las voluntades que transforman*. (pp. 309-336). México: Colección Nuevo Pensamiento de la Biblioteca Mexiquense del Bicentenario.
- Moragas, R. (2001). *La jubilación: Una oportunidad vital*. Barcelona: Herder.
- _____ (2004). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de Vida*. Barcelona: Herder.
- Moreno Delgado, B. (2007). Urbanismo y cambios arquitectónicos. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 66-68). México: Mc Graw Hill.
- Moreno Tolero, Ángel. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: Estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. En *Revista electrónica de Psicología social “Poiesis” FUNLAM*, núm. 19, junio
- Oliveira, O. de & García, B. (1986). Encuestas, ¿hasta dónde?. En *Problemas Metodológicos en la Investigación Sociodemográfica*. Mimeo. México: PISPAL-El Colegio de México.
- Pacheco, E. & Blanco, M. (2002). En Busca de la ‘metodología mixta’ entre un estudio de cohorte cualitativo y el seguimiento de una cohorte en una encuesta retrospectiva. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (51), 485-521.
- Palomba, R. (2003). Recomendaciones para realizar investigaciones sobre redes de apoyo y calidad de vida: agenda de investigación y métodos e instrumentos para estudios cualitativos y cuantitativos. *Notas de Población*. (77), 251-261.
- Peña-Pérez, B., Terán-Trillo, M., Moreno-Aguilera, F. & Bazán-Castro, M. (2009) Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. 14 (2), 53-61.
- Rodríguez-Carrajó, M. (1999). Sociología de los mayores. En *Colección de textos de Estudios Universitarios de la Experiencia*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.

- Ruiz, V. L. & Gil-López, A. (2005). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la institucionalización. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 21-40.
- Schkolnik, S. (2010). Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población. En *Revista Notas de Población*. (91), 7-41.
- Salgado de Snyder, N. & Bojórquez-Chapela, I. (2006). Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. En Salgado de Snyder, N. & Wong, R. (Eds.). (2006). En *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. (pp. 55-69). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Szasz, I. (1998). La población, 1910 – 1990. En *Historia General de Estado de México. Volumen 6. De la Revolución a 1990*. Zinacantepec: El Colegio de México-Gobierno del Estado de México-Comité Editorial de la Administración Pública Estatal.
- Taylor, S. J. & Bogdan R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós Básica.
- Treviño-Siller, S, Pelcastre Villafuerte, Blanca & Márquez Serrano, Margarita. (2006). Experiencias del envejecimiento en el México rural. En *Salud Pública de México*. 48 (1), 30-38.
- Tuirán, Rodolfo (2002). Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. *Papeles de Población*, (31), 25-66.
- Valero García, A. (2005). Usos y perspectivas sociológicas de la entrevista como técnica de investigación social. En *SABERES. Revista de Estudios Jurídicos, Económicos y Sociales*. (3).
- Varguillas, C. & Ribot de Flores, Silvia. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13 (23), 249-262.
- Vargas Guadarrama, L, De la Luz-Martínez, M., Vivaldo-Martínez, M. & Mendoza-Núñez, V. M. (2008). El viejismo a través de la historia. En Mendoza-Núñez, V., Martínez-Maldonado, M. & Vargas-Guadarrama, L. (Eds.). *Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez* (pp. 33-75). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.
- Vázquez-Honorato, L. & Salazar-Martínez, B. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (2), 57-70.
- Vega Macías, D. (2004). Arreglos residenciales de los adultos mayores. En CONAPO, *La situación demográfica de México*. México.

Vega, N. (2009). La Entrevista como fuente información: orientaciones para su utilización. En Luciano, A. & Falchini, Adriana (Eds.). *Memoria e Historia del Pasado Reciente. Problemas didácticos y disciplinares*. Mimeo (s.n). Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Vujosevich, J. A. (2009). Sociodemografía en Latinoamérica y futuros escenarios. En Trujillo, Z., Becerra, M. & Rivas, M. S. (Coords.) (2007). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*, (pp. 5-12). México : Mc Graw Hill.

Wong, R. & Espinoza, M. (2003). Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles de Población* (9), 129-167.

Zolla, C. & Zolla, E. (2004). *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

(s/f). Entrevistas. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convergencia. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://www.piupc.unal.edu.co/diplomado/pdf/modulo_5/entrevista.pdf

Otras fuentes:

CONAPO. (2012). Tabla. República Mexicana: Indicadores demográficos, 1990-2050. Indicadores demográficos básicos. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indicadores_basicos/00.xls Consultada el 6 de junio, 2013.

INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Glosario. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/Glosario/default.aspx?ClvGlo=cpv2010&s=est&c=27432&upc=> Consultado el 2 de diciembre, 2014.

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Tabulador de sueldo, vigente a partir del 16 de octubre, 2013. Recuperado de: <http://www.sntss.org.mx/es/documentos/tabuladores.pdf> Consultado el 19/02/2014.

Prats, Jaime. (2013, junio 18). "Desayuno con..." *El País*, año XXXVII, núm. 13, 138. Edición América.

Laurell, A. C. (2012. enero 25). La cobertura médica del Seguro Popular. *La Jornada en línea*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/01/25/ciencias/a03a1cie>

Referencias utilizadas por los autores consultados:

Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 253-246.

- Glatzer, W y Zapf, W. (Eds.) (1984) *Labensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt del Meno: Campus.
- Guzmán, J. (2002). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. *Serie Población y Desarrollo*, núm. 28. CEPAL. Publicación de Naciones Unidas.
- Mac Donald, J. (1985) *Dotación básica en vivienda social: hacia una fundamentación de las decisiones*, Santiago de Chile: Corporación de promoción Universitaria.
- Pedersen, D. (1992). Qualitative and Quantitative: Two styles of viewing the world of two categories of reality” en Scrimshaw, N y Gleason, G. (Eds.) *Rapid Assessment Procedures. Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*, International Nutrition Foundations for Developing Countries. Boston.
- Pérez Ortiz, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: INSERSO.
- Rowe, J & Kahn, R. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37. 433-440.
- Sánchez-Rodríguez, M, & Mendoza-Núñez V. (2003). Envejecimiento. Enfermedades crónicas y antioxidantes. México. FES Zaragoza, UNAM.
- Sluzki, C. E. (1996). La red social, proposiciones generales (pp. 37-61). En Sluzki, C. E. *La red social: frontera de la práctica sistemática*. Barcelona: Gedisa.