



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD EN LA VEJEZ:
EL CASO DE LOS BENEFICIARIOS DEL CENTRO DE
ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS
MAYORES DEL IMSS EN EL DISTRITO FEDERAL**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

LIC. GABRIELA GUERRERO NAVA

TUTOR PRINCIPAL

MTRO. RÉGULO MARÍN CORTÉS
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A Dios, por la hermosa y misteriosa vida que reservó para mí.

A la más hermosa de las mujeres que existe en mi vida, a la guerrera incansable que no deja de sorprenderme y que con todo su amor y fortaleza ha nutrido mi alma y me ha enseñado a ser mujer, madre, hija y amiga. Te amo madre. ¡Siempre y en todo momento, va por ti!

A Miranda, Bastian y Pamela, mis más grandes ilusiones. Mis hermosos pequeños que pacientemente esperaron este momento. A ellos que me impulsan día a día a ser mejor persona, quienes cada noche con su semblante apacible descansan a mi lado y me hacen entender que vale la pena todo con tal de verlos felices.

A mis flaquitos hermanos, mis cómplices y amigos, Jess y Ale, desde su mundo, terrenal y celestial, siempre conmigo, desde sus sueños, siempre a mi lado, desde su vida, siempre en mi pensamiento.

A mi padre que a pesar de tantos años de su partida sigue estando en mí y sus huellas no se extinguen.

Al hombre de maíz, al que le dije adiós cuando no lo deseaba, quien de una u otra forma hizo que yo me aferrara a esta maestría y a esta tesis.

A Laura Angélica Bazaldúa, quien siempre ha creído en mí, tanto como yo en ella y quien aseguraba que llegaría este momento.

A Roberto Karam por su paciencia y entusiasta respaldo en todo este proceso.

A mis amigas Rosa, Ale, Luz, Lilí, Lety, Edith, Leudith, Lulú y Lupita quienes me acompañaron en este trayecto de vida y me alentaron en todo momento. Gracias por su amorosa escucha y gran apoyo.

A mis asesores, Laura y Régulo, por sus enseñanzas, comprensión y amable espera.

A ti que me miras volar, impulsas mi vuelo y hoy estás dispuesto a compartirlo...

En las sociedades tradicionales, cuando el sol enrojecía en los límites del universo, la tierra se iba encendiendo con fogones siempre bordados de sombras y recuerdos. Ese era el momento en que los más ancianos recobraban su fuerza e importancia colectiva. Los ojos de los jóvenes se dirigían a sus rostros y las narraciones recomenzaban nuevas y eternas (...) Así, mediante tales narraciones, los antiguos guerreros de la vida participaban en la lenta, pero indispensable tarea de ir modelando las identidades grupales (...)

Homero R. Saltalamacchia

Índice	Página
Introducción	8
Capítulo 1	
Marco teórico	23
1.1 Marco conceptual	24
1.1.1 Salud	24
1.1.2 Vejez	33
1.1.3 Vinculación entre elementos conceptuales	36
1.2 Postulados teóricos	38
1.2.1 Representación social	38
1.2.2 Influencia social	48
1.2.3 Alcances de la teoría en el campo de la salud	52
1.3 Consideraciones que enmarcan la corriente teórica	59
1.4 Interacción entre postulados teórico-conceptuales	62
Capítulo 2	
Metodología	66
2.1 Escenario de la investigación	67
2.2 Diseño del estudio	68
2.3 Tamaño de la muestra	70
2.4 Material y métodos	72
2.5 Procesamiento de la información	75
2.6 Análisis de los datos: técnicas y procedimientos de la teoría fundamentada	77

Capítulo 3		
Hallazgos de la investigación		
3.1	Resultados	89
3.2	Conclusiones y discusión	110
3.3	Limitaciones del estudio	117
Capítulo 4		
Contribuciones del estudio al trabajo social		119
4.1	El trabajo social: origen, naturaleza y desarrollo en el área de salud	120
4.2	El trabajo social en el Instituto Mexicano del Seguro Social	127
4.2.1	Campos de actuación y funciones	128
4.2.1.1	Unidades de atención médica	129
4.2.1.2	Unidades operativas de prestaciones sociales	134
4.2.2	Sectores de intervención	142
4.3	Teoría social aplicada en la intervención social	147
4.4	Contribuciones al trabajo social	152
	Obras consultadas	156
a)	Fuentes citadas	156
b)	Fuentes revisadas	162
Anexos		168
	Anexo 1 Carta de consentimiento informado	169
	Anexo 2 Guía para la entrevista a profundidad	170
	Anexo 3 Análisis textual de contenido	172

Índice de tablas, figuras y gráficos

Figura 1. Influencia del CASSAAM en los beneficiarios	63
Tabla 1. Categorías y propiedades	81
Tabla 1. Bis. Categorías y propiedades	82
Tabla 2 Concentrado de análisis de contenido	83
Tabla 3. Concentrado de análisis de contenido considerando las categorías con mayor carga subjetiva	84
Tabla 4. Concentrado del total de alusiones a cada categoría, según el grupo de informantes	86
Tabla 5. Resultados por informante y su vinculación con otras variables	87
Gráfico 1. Representación social de los profesionales y técnicos	106
Gráfico 2. Representación social de los beneficiarios, excepto informante AMB-2	107
Gráfico 3. Representación social de los profesionales-técnicos y beneficiarios CASSAAM menos informante AMB-2	108
Gráfico 4. Representación Social de los no beneficiarios CASSAAM e informante AMB-2	109
Tabla 6. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en unidades de medicina familiar	130
Tabla 7. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en unidades médicas y hospitalarias del segundo, tercer nivel de atención y rurales	131
Tabla 8. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas y Centros de Artesanías	134
Tabla 9. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM)	137

Tabla 10. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART)	140
Tabla 11. Población IMSS adscrita a médico familiar	142
Tabla 12. Sectores de intervención de trabajo social en unidades médicas	143
Tabla 13. Inscritos en cursos y talleres en UOPSI	144
Tabla 14. Sectores de intervención en UOPSI	145
Tabla 15. Usuarios del Programa de Atención Social	147

Introducción

Para ubicar el problema de investigación que da cuerpo a la presente tesis se consideró por una parte que la atención a la población que cursa la etapa de la vejez y el trabajo social como profesión han estado vinculados desde los orígenes y en la evolución de dicho quehacer profesional; y por otra, la relación laboral, por más de dos décadas, de quien escribe con trabajadoras(es) sociales que se desempeñan en el campo de la salud, así como la experiencia de trabajar con adultos mayores durante ese mismo lapso de tiempo.

Las reflexiones iniciales para la formulación de esta tesis, versaron sobre la vejez y en específico sobre la salud en esa etapa de la vida. La delimitación del problema de investigación se orientó del lado de los que viven la vejez, de los adultos mayores. Se buscó dar voz a sus inquietudes, creencias, vivencias y a su expresión de la satisfacción personal, aspectos que repercuten en su salud.

Planteamiento del problema de investigación

La vejez y el envejecimiento poblacional son temas que han cobrado mayor importancia en México a partir de la década de los ochenta del siglo pasado, debido al acelerado incremento del grupo de personas de 60 y más años de edad, que desde entonces creció del 5.5 al 9.7 por ciento de la población total del país al 2010 (Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2010, *Estadísticas históricas de México y Censo de Población y Vivienda 2010*).

Este aumento de la población envejecida ha traído consigo mayor demanda de servicios específicos para el sector de la población que cursa por la etapa de la vida en la cual, más que en ninguna otra etapa, se presenta mayor acumulación de déficit en recursos sociales (salud, alimentación, ingresos económicos, y vivienda, entre otros).

Las instituciones mexicanas, muchas de ellas surgidas dentro del denominado estado de bienestar, para responder al envejecimiento poblacional tuvieron que intensificar la atención a las personas adultas mayores, primero mediante prácticas de asistencia social y más tarde, cuando se estableció el modelo económico neoliberal, a través de políticas sociales, asistencialistas, subsidiarias, dirigidas a mantener el control y estabilidad social.

Las y los trabajadores(as) sociales al desarrollar su quehacer profesional básicamente dentro de las instituciones del aparato gubernamental dedicadas a desarrollar políticas sociales, han jugado un papel fundamental en la atención a las persona adultas mayores y su actuación ha atravesado diferentes escenarios (transición epidemiológica, transición demográfica, políticas del estado de bienestar, dictados del modelo neoliberal) y han tenido que enfrentar diferentes retos profesionales para ofrecer a las y los adultos mayores intervenciones eficaces que contribuyan a mejorar su bienestar y calidad de vida, en la actualidad dentro de un marco institucional que las y los ha obligado a atender eficientemente a mayor número de población con menores recursos económicos.

Paralelamente a estas exigencias, hoy en día estos profesionales buscan reforzar su carácter disciplinar y su especialización sustentándose en el quehacer científico para el desarrollo de sus prácticas profesionales, con la finalidad de intervenir en problemáticas sociales que persigan el beneficio de la humanidad, más que tratar de responder a intereses institucionales.

La aplicación de teorías sociales en el diseño, desarrollo, evaluación y sistematización de intervenciones sociales impulsadas por profesionales de trabajo social, se presenta como un factor clave para asegurar una mejor práctica profesional y con ello una mejor atención a los sectores de la población beneficiarios de sus intervenciones.

Tanto las múltiples necesidades en el plano social y en específico en el campo de la salud que enfrentan los viejos, así como las políticas sociales que requieren de los profesionales en trabajo social mayores competencias profesionales con menores gastos

institucionales condujeron este estudio hacia la reflexión sobre el papel que juegan la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la atención de la salud de este sector de la población y también sobre su contribución en la mejora de la calidad de vida.

Para el desarrollo de esta reflexión fue necesario ubicar la mirada en las dos Asambleas que sobre envejecimiento se han efectuado a nivel internacional, la primera en Viena en 1982 y la segunda en Madrid en el año 2002, de las que emanaron diversas directrices a manera de documentos: *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento* (OMS, 1982), *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (ONU, 2002), *Envejecimiento activo: un marco político* (OMS, 2002).

En la lectura de los discursos que se asentaron en los documentos antes referidos se detectó que en éstos se establecieron líneas políticas internacionales en materia de salud propuestas a manera de planes de acción sustentados en evidencias científicas, que fueron difundidas en la publicación titulada *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate* (OMS, 2001).

Entonces si los planes de acción emanados de las asambleas mundiales sobre envejecimiento tienen sustento científico, su aplicación dentro de las instituciones de cada país debe contribuir a mejorar la salud y por consecuencia la calidad de vida de los adultos mayores, pues de acuerdo a Ballachey y otros autores (1978, p. 358) las formas institucionalizadas de una cultura son aquellas con las que se busca dar soluciones formalmente organizadas a las problemáticas o necesidades que una sociedad enfrenta.

Sin embargo en México, a 33 años de la primera asamblea internacional sobre envejecimiento y 13 años de la segunda, la situación de salud de los adultos mayores es precaria y se asocia con otros factores sociales que la agudizan, tales como pobreza, maltrato, discriminación, abandono, poco apoyo social, entre otros. La realidad es que a causa de los avances en la medicina, los adultos mayores en este país viven un mayor número de años, pero con mala calidad de vida.

Entonces fue oportuno plantearse cómo a partir de la investigación social desarrollada dentro de los marcos institucionales, por profesionales del trabajo social, se puede contribuir a identificar el mecanismo mediante el cual se valide el cambio social en beneficio de la salud de las personas adultas mayores, a partir de la alineación institucional a las recomendaciones emanadas de la ONU y la OMS.

Entonces la investigación que se requería para el desarrollo de esta tesis tendría que analizar el desarrollo de intervenciones sociales diseñada con base en las recomendaciones derivadas de las asambleas mundiales sobre envejecimiento, para ello era necesario estudiar a la población objetivo antes y después de la intervención.

La idea era grata, pero los inconvenientes fueron que este tipo de análisis conduciría a una investigación de corte longitudinal y tal vez de orientación cuantitativa, lo que contrastaba por un lado con la idea original para este estudio que consideraba darle voz a los propio adultos mayores mediante una investigación de orientación cualitativa, y por otro lado con los limitantes temporales que imponía el desarrollo de una tesis de grado; entonces se tomó la determinación de valorar intervenciones sociales que ya operaran dentro de algún espacio institucional, mediante un estudio transversal con un grupo de comparación, en lugar de un estudio longitudinal, con evaluación pre y post intervención.

Homero Saltalamacchia con su obra *Aportes para una investigación cualitativa socialmente útil* (2005) intervino en este momento del planteamiento del problema y proporcionó parte del sustento que se resume a continuación y que fue básico para desarrollar el presente trabajo de investigación.

Antonio Gramsci, según refiere Saltalamacchia (2005, 129), concebía que las instituciones tienen la obligación de desarrollar su quehacer poniendo en práctica los conocimientos generados por los científicos sobre temas específicos de interés para cada institución, además de difundir los avances de la ciencia entre sus beneficiarios, esto se convierte en un mecanismo para asegurar la calidad de los servicios y provocar el cambio social por lo que para conocer la dinámica dicho cambio es necesario estudiar la relación

que se establece en las instituciones entre dirigentes y dirigidos o, en términos coloquiales, entre servidores públicos y beneficiarios de las instituciones y así conocer los intercambios que entre ellos se establecen.

Entonces definitivamente el campo en el que se podía estudiar el cambio social con relación a la salud en la vejez tenía que ser el institucional, se eligió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se buscó la dependencia más idónea de esa institución por su atención a las personas adultas mayores mediante intervenciones sociales desarrolladas por profesionales del trabajo social, que a su vez tuviera como marco operativo las recomendaciones emanadas de las dos asambleas mundiales sobre envejecimiento antes referidas.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores la pregunta de investigación es ¿Cómo influyen las intervenciones sociales que desarrollan los profesionistas de una institución de salud en la manera en que sus beneficiarios conciben y afrontan la salud en la etapa de la vejez?

Para dar respuesta a esta pregunta, la investigación que expongo y presento en esta tesis se delinea y estructuró tomando como guía conductora las siguientes consideraciones.

Delimitación de la investigación

El contexto de la investigación fue el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM) del IMSS, ubicado en la zona norte de la Ciudad de México.

La investigación estudió personas adultas mayores, beneficiarias del CASSAAM, así como a los profesionales y técnicos que desarrollan las intervenciones sociales del CASSAAM, además de tomar como grupo de comparación a personas adultas mayores no beneficiarias de dicho centro.

Las personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM son derechohabientes del IMSS que son enviados al CASSAAM por parte de las unidades de medicina familiar

para recibir atención social para mejorar o mantener sus condiciones de salud mediante intervenciones sociales.

Las personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM son informantes que se captaron de la comunidad con la consideración de que no tenían que haber recibido atención en el IMSS con actividades similares a las ofrecidas por el modelo CASSAAM.

Los profesionales y técnicos del CASSAAM son un grupo interdisciplinario integrado por trabajadoras(es) sociales, psicólogas(os), nutrióloga, médico geriatra, licenciada en informática, terapeuta ocupacional, odontogeriatra, administradora del tiempo libre y podóloga. Todos ellos desarrollan el proceso de atención que ofrece el centro mediante intervenciones sociales, consistentes básicamente en actividades educativas y de promoción de estilos de vida activo y saludable.

Se consideró como sujetos de investigación a todos estos profesionales y técnicos y no sólo a los profesionistas en trabajo social porque todos ellos participan en el desarrollo del proceso de atención del modelo CASSAAM integrado exclusivamente por intervenciones sociales centradas en un modelo de atención ubicado dentro del campo del trabajo social.

Perspectiva teórica

Los elementos conceptuales que se utilizaron para el diseño y desarrollo de esta investigación fueron *salud* y *vejez*. La definición conceptual de salud que se eligió se encuentra enunciada en la Carta de Otawa (OMS, 1982). La elección se realizó con el argumento de que esta definición es la más completa y actual, pues asume que la salud como fenómeno social se verifica en la capacidad de las personas para adaptarse al medio, funcionar y sentirse bien, lo que le da un componente objetivo (funcionalidad) y otro subjetivo (bienestar o sensación de estar bien).

“(...) un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida

cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (...)” (OMS, 1982, 1).

Por su parte, la definición de vejez se obtuvo de la perspectiva del ciclo vital (Dulcey & Uribe, 2002), en la cual la vejez se define como un momento en que se experimenta un proceso continuo de cambios físicos, mentales y emocionales, que transcurren permeados de aspectos históricos, sociales, culturales, del contexto cotidiano en donde transcurre la vida, no solamente como una etapa segmentada por la edad y cambios fijos relacionados al transcurrir del tiempo.

El enfoque teórico elegido por considerarlo lógicamente congruente para este estudio y aceptable para dar respuesta a la pregunta de investigación, corresponde a la teoría de la psicología social denominada *Las representaciones sociales* impulsada por Serge Moscovici.

Los postulados básicos que se extrajeron de esta teoría y de la psicología social, son *representación social e influencia social*, estos se vincularon con los conceptos *cultura, costumbres e ideología* que aunque proviene de la antropología social y que fueron considerados como conceptos afines con la teoría por el mismo Moscovici (1979, 27-31), así como por otros continuadores y estudiosos de dicha teoría (Araya, 43 y Rodríguez, 85-93).

La *representación social* “es una modalidad particular de conocimiento” (Moscovici, 1979, 17), una manera de aprehender la realidad mediante el uso de la observación, es una nueva forma de sentido común que en la era de las comunicaciones y la tecnología se construye mediante la asimilación de información e imágenes que un individuo o colectivo recibe a través de libros, películas, noticieros audiovisuales, prensa escrita, revistas de divulgación científica, conversaciones, hechos observados en la calle y datos que la persona interioriza, confronta con sus saberes, creencias, valores y percepciones para después hacer una interpretación verbal del hecho o fenómeno.

La representación social repercute en el comportamiento social, en la organización de cierto grupo y modifica el funcionamiento colectivo. La representación social de un

individuo es social porque se construye dentro de un contexto social, sus producciones significativas ante un hecho u objeto tienen aspectos comunes, generalizados.

Las representaciones sociales, cumplen diferentes funciones (a) identitaria, pues asignan un lugar en el mundo social a las personas o grupos de personas a través de las comparaciones que establecen con otros grupos; (b) contribuyen a la significación del mundo, para actuar y tomar decisiones, se vuelven una guía para la acción, una anticipación de comportamientos con sentido; y (c) además por su carácter comunicativo permiten relacionar a la persona o grupo entre sí, con su entorno físico y con los demás miembros de la sociedad.

Las representaciones sociales, en términos de Moscovici están integradas en su contenido por un núcleo figurativo y elementos relacionales. El núcleo figurativo es el elemento estable de la representación, los aspectos comunes de las representaciones individuales, lo generalizado. Los elementos relacionales hacen referencia a las características propias de cada persona, en éstos se verifican las influencias externas de comportamientos, vivencias o de alteraciones del contexto que pueden desembocar en una modificación del núcleo figurativo que provoque el cambio o transformación de la representación social y por consecuencia, de los comportamientos que a ésta se le asocian.

Las representaciones sociales no son completamente estables, puede haber aspectos del entorno que modifiquen las representaciones sociales y darse lo que Claude Flament ha estudiado como “transformación de las representaciones sociales” (2004, p. 45).

El análisis de las representaciones sociales debe considerar las tres dimensiones que la conforman: (a) *Conocimiento o información* que la persona o grupo posee sobre el hecho o fenómeno; (b) *campo o imagen* que es la representación mental con la que se identifica al objeto o fenómeno; y (c) *actitud* que se refiere a la toma de postura que el individuo adopta con respecto al tema, regularmente se expresa en antinomias positivo/negativo, bueno/malo, a favor o en contra.

En la psicología social se habla de influencia social al proceso mediante el cual los comportamientos o pensamientos de una persona o grupo social modifican el comportamiento y el pensar de otra persona o grupo social sin recurrir a la fuerza. “La influencia social hace naturales un conjunto de comportamientos (...) nos simplifica la vida. Nos indica cómo debemos de comportarnos (...)” (Moscovici y Paicheler, 1984, 176). La influencia social da uniformidad a cierto grupo social.

Las representaciones sociales que se construyen derivadas de la influencia social de intervenciones generadas en formas institucionalizadas de cultura, pueden generar cambios sociales que con el paso del tiempo repercutan en los rasgos culturales característicos de una sociedad.

Entonces con base en estos postulados teórico conceptuales, el objetivo de la investigación se propuso *analizar la influencia social que ejercen los profesionales y técnicos del CASSAAM en la construcción de la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios*, pues de acuerdo a los principios científicos de la psicología social, en la teoría de las Representaciones Sociales, el significado o representación social que las personas adultas mayores otorgan a la frase “salud en la vejez” les predispone a desarrollar comportamientos benéficos o perjudiciales para el cuidado de su salud.

Este propósito no busca conocer sólo por conocer, la manera en que las personas adultas mayores conciben o se representan la “salud en la vejez”, sino la verdadera intención es identificar sus construcciones conceptuales respecto a esta frase, sus características y dinámicas transformativas mediante influencias sociales, para explicar mediante proporciones teóricas, los comportamientos que ellos adoptan en torno al cuidado de su propia salud.

Los supuestos hipotéticos a comprobar fueron: (1) Entre los informantes se distinguen dos distintas representaciones sociales de la salud en la vejez, puesto que sus contenidos y núcleos figurativos así lo demuestran. (2) Los profesionales y técnicos del CASSAAM, así como los beneficiarios comparten el discurso que concuerda con el

discurso oficial. (3) Los no beneficiarios del CASSAAM presentan una representación social de la salud en la vejez cargada de estereotipos negativos. (4) La influencia social que ejerce el personal del CASSAAM sobre sus beneficiarios provoca una transformación de su representación social, del tipo conversión, que los conduce a desarrollar comportamientos adecuados, de acuerdo a lo estudiado desde los organismos internacionales, para afrontar su salud en esta etapa de la vida.

Estado de la cuestión

Se hizo una revisión al estado del arte sobre *Representaciones Sociales y Salud*, misma que se expone sintéticamente en el cuerpo de la presente tesis, y se identificó que a nivel internacional y en específico en México, existen investigaciones desarrolladas con el enfoque de la teoría de las Representaciones Sociales para estudiar la vejez o envejecimiento, vinculadas con la autopercepción, la salud, calidad de vida o bienestar (González, 2011; Hernández, 2009; Torres, 2009; Vera, 2006; Colín Luna, 2012; Urrea & Arroyo, 2006; Quijada, 2011),

Sin embargo esta revisión no cubría las expectativas necesarias para reforzar y justificar el diseño de este estudio sobre el uso de las representaciones sociales para analizar los intercambios entre profesionales de una institución de salud y beneficiarios, por lo que se amplió la revisión a otros campos de investigación de las representaciones sociales que aunque no siempre se desarrollaran con población de adultos mayores, sí pudieran complementar la visión sobre los alcances de la teoría de las representaciones social en temas de salud ligados a intervenciones sociales.

Se concluyó revisión cuando se comprendió que se había llegado hasta el punto necesario para confirmar que el sentido de la investigación que se planeaba desarrollar en esta tesis era el adecuado, pues se comprendió que los estudios sobre representaciones sociales pueden tener como propósito diagnosticar la realidad para conocerla, para intervenir en ella o valorar el impacto post intervención (Sánchez, 2008; Guerra, 2012;

Urrea y Arroyo, 2006; Quijada, 2011; Escobar, 2010; Rangel, 2011; Oliveira, 2003 y Krause, 2003).

Justificación

Los resultados derivados de la investigación de esta tesis generaran conocimiento sobre la manera en que se puede verificar la eficacia de intervenciones sociales institucionales para modificar la representación de la salud en la vejez en personas adultas mayores y por consecuencia en los comportamientos asociados a ésta; además de posicionar a las y los adultos mayores como actores sociales capaces de participar en la conformación de acciones encaminada al mejoramiento de sus condiciones de vida.

El estudio de las representaciones sociales de la salud en la vejez desde la relación entre instituciones y población beneficiada integrarán, como interlocutor, a las personas adultas mayores en los debates políticos sobre la salud en la vejez o la propia vejez, con fundamentos científicamente avalados, propondrán acciones que contribuyan a solucionar problemáticas sociales y aportarán fundamentos para resaltar la importancia de estudios cualitativos socialmente útiles.

Los profesionales del trabajo social al desarrollarán y valorarán intervenciones sociales en salud con respaldo teórico, dando pasos firmes para impulsar el cambio social a favor de mejores condiciones de vida para los viejos, y a su vez, sin ser su único propósito, lograrán atender las exigencias de los organismos institucionales para el desarrollo de intervenciones sociales eficientes.

Tesis

Los resultados de esta investigación destacan la influencia social que ejercen los profesionales y técnicos del CASSAAM en la construcción de la representación social de sus beneficiarios, que alinea el discurso de los viejos con el discurso oficial de los organismos internacionales al considerar la salud en la vejez no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado en el que se puede tener bienestar aun padeciendo enfermedades crónicas, siempre y cuando los cuidados y comportamientos que se

adopten mantengan el control de dichas enfermedades, por lo que la vejez para los beneficiarios CASSAAM no es sinónimo de enfermedad, deterioro y muerte, pues su construcción conceptual pone énfasis en un matiz característico de su visión, la resiliencia.

La representación social de la salud asociada a la mayoría de los beneficiarios CASSAAM se liga de este modo, según la teoría, a prácticas sociales vinculadas a estilos de vida saludables, porque tener la oportunidad de ser y sentirse sano en la vejez es algo sumamente valorado y predispone a la acción para lograr el control de las enfermedades, el “equilibrio” en la esfera física, mental, emocional y social, y la tan anhelada autonomía o independencia para realizar las actividades del diario vivir, así como la entereza para enfrentar los cotidianos cambios que se experimentan con el transcurrir del tiempo, haciendo uso de las destrezas y aspectos positivos que cada persona posee.

Derivado de ello, la tesis que sostengo en este trabajo es que *los modelos de atención institucionales en materia de salud conformados por intervenciones sociales con base en evidencias científicas diseñadas y desarrolladas consistentemente desde el trabajo social ejercen influencia social en la manera en que las personas beneficiadas conciben y afrontan la salud y por consecuencia en la adopción de estilos de vida activa y saludable, lo que contribuye paulatinamente y de manera eficaz al cambio social.*

Procedimiento metodológico

La muestra fue integrada por saturación teórica en el caso de las personas adultas mayores beneficiarias (nueve informantes) y no beneficiarias del CASSAAM (cinco informantes) y se obtuvieron diez informantes trabajadores profesionales y técnicos que intervinieron en el proceso de atención en dicho Centro en el periodo de atención de los informantes beneficiarios.

Para la selección de los informantes se utilizaron las bases de datos del Sistema de Información Integral en Gerontología (SIIG) con que cuenta el CASSAAM y la base de datos de la plantilla de personal de este Centro; para conseguir a los informantes no

beneficiarios CASSAAM, se aplicó la técnica denominada bola de nieve. De estas fuentes de información y selección se eligió a las personas adultas mayores que cubran los criterios propuestos para la investigación y a los trabajadores involucrados en el proceso de atención. Se contactó a los informantes, se les invitó a participar y se aplicó un consentimiento informado a quienes aceptaban el estudio.

La recopilación de la información se obtuvo utilizando la técnica de entrevista a profundidad mediante un esquema de entrevista que consideró las tres dimensiones que conforman las Representaciones Sociales de acuerdo a la teoría (conocimiento, imagen y actitud).

Se ubicaron las unidades que conformarían el análisis, cuyo cuerpo se integró con los siguientes elementos: (a) *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento* (OMS, 1982), (b) *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (ONU, 2002), (c) *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate* (OMS, 2001), (d) *Envejecimiento activo: un marco político* (OMS, 2002) y Entrevistas a profundidad. También se efectuó la transcripción de las entrevistas.

El análisis de la información se desarrolló mediante el análisis de contenido de acuerdo a lo estipulado por Corbin y Strauss (2012). Identificando las categorías y sus propiedades relacionadas al fenómeno de la *salud en la vejez* en los documentos fuente generados por los organismos internacionales, después en las entrevistas de los profesionales y técnicos, luego en los adultos mayores beneficiarios del CASSAAM y finalmente en los adultos mayores no beneficiarios, después realice comparaciones entre estos análisis, surgieron los resultados y las conclusiones con las que se generaron las primeras comprobaciones o refutaciones a las conjeturas o supuestos hipotéticos que guiaron la investigación:

Estructura de la tesis

En el primer capítulo se exponen las consideraciones conceptuales y teóricas con las cuales se aborda el objeto de estudio, se describen las diferentes construcciones que se

han realizado sobre los conceptos *salud* y *vejez*, así como la manera en que se delimitaron los enfoques conceptuales empleados y la utilización de éstos para el objeto de estudio.

También se abordan los postulados teóricos emanados de la psicología social que constituyen el marco que da forma y guía el estudio. Se revisa de manera sintética estado del arte y los alcances del enfoque teórico en temas de salud. Se complementa la visión teórica con la mención de dos consideraciones tomadas en cuenta para abordar el fenómeno a estudiar: la subjetividad de las sociabilidades y el papel de las instituciones en torno al cambio social.

El segundo capítulo se integra por la descripción metodológica y analítica utilizada, se ubica el escenario, se definen las características formales del estudio, se delimita la muestra empleada y la manera en que ésta se obtuvo, se expone el método para la recopilación de la información y procesamiento de los datos, se alude a la corriente metodológica utilizada para el análisis de la información, y por último, se presentan las primeras tablas y matrices obtenidas con la definición de las categorías y manipulación e interacción entre datos y variables del estudio.

En el tercer capítulo se presentan los hallazgos de la investigación, las premisas básicas que enuncian los resultados obtenidos en la fase analítica, así como las conclusiones y discusión establecida con base en las evidencias. También se abordan las limitaciones e inquietudes generadas con el estudio, para dimensionar los aportes y alcances de esta actividad académica.

En el cuarto y último capítulo se deducen las contribuciones que el estudio ofrece al campo profesional del trabajo social, tanto en por los hallazgos, como por la naturaleza del mismo. Para poder comprender estos aportes, antes de su exposición se revisa el contexto en el que las y los profesionistas en trabajo social desarrollan su quehacer dentro del campo de la salud, el IMSS y cuál es el papel que juega la investigación en su labor cotidiana.

Se revisan los retos y exigencias originados en el devenir de la profesión, frente a los problemas sociales y los marcos políticos institucionales. Se analizan los campos de actuación, funciones, sectores de intervención y prácticas profesionales de las y los trabajadoras/es sociales. Se explora el uso de las teorías sociales y su aplicación práctica para provocar el cambio social; y finalmente se deducen las aportaciones que el estudio ofrece al trabajo social para el diseño de intervenciones sociales en salud fundamentadas en evidencias científicas.

Capítulo 1. Marco teórico

En este apartado se exponen las consideraciones conceptuales y teóricas con las cuales se aborda el objeto de estudio. Primero se describen las diferentes construcciones que se han realizado sobre el concepto salud y la forma en que se delimitó el enfoque conceptual empleado en la investigación.

También se analiza la definición del término *vejez* dentro de diferentes perspectivas y se enfatiza en la orientación elegida, que interpreta a la vejez de manera integral, como una etapa más del ciclo vital, en la cual puede haber tanto pérdidas, como ganancias, al igual que en cualquier otro momento de la vida.

Se enlazan los conceptos salud y vejez, retomando la forma en que los seres humanos construyen ambos conceptos desde su subjetividad, con base en su manera de vivir y sus comportamientos, pero también orientados por la salud que en esta etapa poseen, la cual a su vez determina su estilo y calidad de vida.

Se exponen los postulados teóricos emanados de la psicología social que constituyen el marco que da forma y guía el estudio. También se hace una sintética revisión del estado del arte en donde se identifican los alcances del enfoque teórico elegido, en estudios relacionados con la salud.

Se complementa la visión teórica con dos consideraciones empleadas en la investigación para abordar el objeto de estudio: (1) la subjetividad de las sociabilidades y (2) el papel de las instituciones que desarrollan intervenciones sociales para provocar el cambio social en salud.

Por último, se interactúa discursivamente con los postulados teórico conceptuales y las consideraciones que dan marco al estudio, con las que se construyó el objetivo de la investigación y los supuestos hipotéticos.

1.1. Marco conceptual

A continuación se definen los conceptos *salud* y *vejez* que se utilizaron en las proposiciones que se estructuraron para abordar el fenómeno a estudiar. La naturaleza de las definiciones elegidas para ambos conceptos permitió relacionarlos de manera conveniente para el estudio y asimismo enlazarlas con los postulados teóricos, lo que condujo a definir el objeto de investigación.

1.1.1 Salud

La *salud* se define de acuerdo al momento histórico e ideologías existentes en los diferentes grupos sociales, por ello se dice que la salud es un constructo sociocultural. La salud como concepto se ha ido modificando a lo largo del tiempo y ha adquirido diferentes matices.

Algunos pueblos primitivos consideraban que la salud estaba vinculada con fenómenos de la naturaleza o que dependía de factores mágico religiosos, por lo tanto sus prácticas curativas consistían básicamente en infusiones, brebajes, ritos, cantos, oraciones u ofrendas, las culturas de la América Precolombina, entre otras culturas, fueron un claro ejemplo de ello. Estas cosmovisiones trascendieron en el tiempo y aún se observan sus rasgos en culturas orientales y en diversos pueblos indígenas americanos, en donde la medicina tradicional tiene fuerte arraigo, con claros influjos de las culturas prehispánicas (López, 2014).

En las antiguas Grecia y Roma la salud básicamente tenía una concepción mágico-religiosa, derivada de la influencia que recibieron de las medicinas china, persa, islámica y talmúdica (Parrafita, 2011). Para Platón tanto la salud como la enfermedad estaban determinadas por la manera en que el alma se comporta dentro del organismo y por la

voluntad de los Dioses, por lo que la enfermedad podía considerarse como un castigo divino y su cura se buscaba mediante cantos y ritos, no con medicamentos.

Hipócrates consideraba que la salud es una manifestación de la vida del organismo y que el estado de salud depende de las características individuales de cada persona, pero también del medio externo; por lo que no compartía la concepción mística de salud de Platón y otros pensadores.

En la Edad Media, los avances en la medicina postulados en la edad antigua con Hipócrates, fueron descartados por la fuerte influencia de la iglesia y se retomaron las causas sobrenaturales de la enfermedad. Sin embargo, a raíz de las cruzadas se pusieron en duda las definiciones religiosas sobre salud.

En esa época, en el mundo Árabe se realizaron numerosas investigaciones, entre las que destacaron las realizadas por el científico Avicena quien afirmó que existen diferentes factores externos y de comportamientos del ser humano que determinan el estado de salud (hábitos de alimentación y descanso, recreación, trabajo y factores climáticos).

En el Renacimiento se retomaron los postulados médicos de Hipócrates y Avicena, con lo que se deja atrás las concepciones mágico religiosas de la salud provenientes de la Edad Antigua y se buscan las explicaciones sobre la salud en la realidad concreta.

Siguiendo lo estudiado por Palafita (2011) y el Ministerio de Salud de Argentina (2011), en Europa, en plena Edad Moderna (entre el siglo XV y el siglo XVIII), con los avances en la física, la química y el uso del microscopio, se comparó al cuerpo humano con una máquina y cualquier problema de salud era considerado como una falla de su funcionamiento, sin considerar el contexto social.

Más tarde, en el siglo XIX con el surgimiento de la microbiología se refuerza el concepto unicausal y biologista de la salud orientado hacia la enfermedad, dando origen al Modelo Biologista de la salud que ha trascendido el tiempo y se conserva fuertemente en ciertas corrientes de la medicina contemporánea.

Dentro de este devenir constructivo del concepto salud, en los siglos XIX y XX, en Europa, se sentaron las bases de la medicina científica hegemónica que hoy en día prevalece en el mundo occidental. Los teóricos de la medicina de esa época marcaron el rumbo de las principales corrientes conceptuales actuales sobre la salud, sus propiedades y la manera de intervenir en este campo.

Carlos Ponte (2008) al estudiar este momento histórico alude a la manera en que el médico inglés John Snow, considerado como precursor y padre de la epidemiología moderna, retoma el contexto como determinante del estado de salud con base en sus estudios sobre las epidemias generadas dentro de las poblaciones del río Támesis, al aseverar que la falta de higiene y las malas condiciones de vida son responsables de epidemias, por lo tanto la salud para este médico, “(...) es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales” (14).

A partir de la revolución industrial otros estudios, que se sumaron a las investigaciones de Snow, vincularon la pobreza con las enfermedades y constataron las relaciones causales entre deficientes condiciones de vida y de trabajo con enfermedad. El médico y activista social alemán Rudolf Virchow también estudio los factores socioeconómicos con relación a la fiebre tifoidea y determinó que ante esta enfermedad el tratamiento médico no tiene tanta utilidad como la intervención en lo social. El médico inglés Thomas Mckeown comprobó que muchas de las enfermedades infecciosas se reducen mediante la modificación de condiciones socio-sanitarias y no con tratamientos médicos

Las investigaciones antes referidas y otras realizadas en Europa en el mismo sentido, durante esa época, provocaron un movimiento de reforma en la medicina, al considerar esta disciplina como una ciencia social, con la consideración de que “la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos y que es deber del Estado su garantía”, además a decir de Virchow, citado en Ponte (2008, 15) si la medicina es una ciencia social, “(...) la política no es más que medicina a gran escala”.

Esta corriente del pensamiento en torno a la medicina provocó que surgiera la vertiente de la rama médica denominada *salud pública*, que aunada a la *epidemiología* reforzó la visión social de la medicina y las relaciones causales entre factores socioeconómicos y enfermedades.

Durante años la salud se definió básicamente como ausencia de enfermedad, sin embargo, en 1941, el primero en definir la salud sin aludir a la ausencia de enfermedad fue el historiador de la medicina Henry Ernest Sigerist, quien consideraba que la salud es “(...) *algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo*” (Ministerio de Salud de Argentina, 2011)

Más tarde, en 1947 la Organización Mundial de la Salud (OMS) asienta la definición de salud elaborada en 1945 por Andrija Stampar, según Grmeked citado por Caballero (2011), cuyo enfoque prevalece en la actualidad dentro de las instituciones y se aleja del concepto de salud como ausencia de enfermedad, al postular que la salud es “...estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (ONU, 2003).

En 1953 surge el Modelo de la Triada Ecológica, ligado a la epidemiología tradicional, propuesto por los médicos norteamericanos Hugh Rodman Leavell y E. Gurney Clark (Caballero, 2011) quienes consideraban la salud ligada a la enfermedad y defendían la tesis que aseveraba que la salud depende de la historia natural de la enfermedad, la manera en que un huésped (ser humano) asimila o se adapta al medio ambiente (entorno cultural, político o económico) e interactúa con agentes (físicos, químicos o biológicos) y las repercusiones que por esto sufre al romper el equilibrio ecológico o la sana adaptación que logra al establecer equilibrio entre su condición biológica, su contexto o medio ambiente y el o los agentes de la enfermedad.

Derivado de esta concepción de la historia natural de la enfermedad, los autores antes aludidos asentaron diversos enfoques de la medicina preventiva, agrupándola en tres niveles de prevención (1) primario, (2) secundario y (3) terciario.

En el nivel primario de la prevención se ubican las medidas sanitarias que realizan las personas antes de que aparezca una determinada enfermedad, tanto de manera individual o comunitaria, como desde los gobiernos y a cargo del personal de salud. En este nivel se encuentra la promoción de la salud, con el componente de educación en salud, además de los medios de protección de la salud (higiene alimentaria, saneamiento ambiental, entre otros); así como la quimioprofilaxis dedicada a la administración de sustancias químicas, mediante la vacunación y otros métodos, para prevenir la aparición de enfermedades.

La prevención secundaria se refiere a las medidas de detección y diagnóstico oportuno de enfermedades en su fase inicial cuando que aún no se presentan síntomas, con esto se aplica tratamiento inmediato para prevenir complicaciones mayores, reducir los efectos de la enfermedad y los índices de mortalidad.

En la prevención terciaria se busca reestablecer la salud de las personas que ya presentan la enfermedad, pues a diferencia de la prevención secundaria, en este nivel la detección no fue oportuna y se atiende al paciente cuando éste ya presenta síntomas y complicaciones de la enfermedad. En esta etapa también se establecen medidas sanitarias para prevenir contagios, tanto de otras personas, como del mismo paciente, porque al lograr superar la enfermedad se esperaría que no vuelva a enfermarse. También se busca reducir las secuelas de enfermedades mediante acciones especializadas de rehabilitación física, psicológica o social.

Como se observa, el concepto de salud que se deriva del modelo de la tríada ecológica, aunque considera el medio ambiente como un factor determinante de la salud, mantiene una definición de la salud como proceso que va de la salud a la enfermedad y tiene mayor inclinación al aspecto biológico de la salud que al social, debido al peso que le otorga a la enfermedad en el establecimiento de los niveles de prevención. Sin embargo, las postulaciones derivadas de dicho modelo fueron un importante antecedente para el posterior desarrollo de la atención primaria de la salud y la corriente sobre promoción de la salud.

A los tres niveles de prevención establecidos por Leavell y Clark, se le suma un cuarto nivel o prevención cuaternaria desarrollado en la primera década de este siglo, principalmente por el médico belga Marc Jamouille (Bernstein, Néve, y Terra, 2013), así como por otros especialistas a nivel internacional.

La prevención cuaternaria se dedica a detectar riesgos de los tratamientos médicos, a atenuar sus consecuencias y a evitar intervenciones médicas innecesarias o excesos en la prescripción de medicamentos que puedan dañar más que ayudar a las personas.

Jamouille considera necesario este nivel de prevención en los tiempos actuales marcados por el libre mercado y la globalización, pues la salud ha pasado de ser un derecho humano, a un bien de mercado, frente al cual se hace necesario tomar medidas que favorezcan la salud frente a intereses económicos.

En el último cuarto del siglo pasado, Marc Lalonde, Ministro Nacional de Salud y Bienestar en Canadá emite un informe sobre los factores que determinan la salud de los canadienses (Lalonde, 1974), en el cual retoma el modelo de *Campo de Salud* postulado en 1973 por Hubert Laframboise, en donde se considera que la salud está determinada por cuatro elementos: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema organizado de atención de la salud.

Derivado de dicho informe se desarrollaron numerosos estudios basados en el modelo del *Campo de la Salud*, entre los que destaca el publicado en 1976 por el científico norteamericano Dever (citado por Marqués, 2003) quien constata que la mejora de los hábitos o estilos de vida determinan el estado de la salud en un 43%; los factores genéticos o de la propia biología humana tienen una repercusión en la salud del 27%; la calidad del medio ambiente aportan un 19%; y los servicios de atención médica inciden en un 11% en las condiciones de salud.

Retomando el informe de Lalonde y los estudios de Dever, la OMS, celebró en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, en donde reconoció a la salud como un derecho humano fundamental y llama a todos los

países a establecer acciones en salud como un objetivo social prioritario. El nuevo enfoque social del concepto de la salud contribuyó a que en esta conferencia se incluyera la participación de la propia población para el mantenimiento y mejora de su propia salud, además se reconoció la necesidad de contar con la colaboración de diversos profesionistas, no solamente de los dedicados tradicionalmente a la salud, para la solución e investigación de los retos sociales en salud de la población.

En 1980, el concepto de salud establecido por la OMS en 1947 fue criticado por Milton Terris (citado por Caballero, 2011), al plantear que “esta definición se podría mejorar si se eliminara la palabra ‘completo’ ya que hace referencia a un valor absoluto irreal quitando la posibilidad de entender la salud como una entidad dinámica”.

Se reconoce que en el concepto de salud establecido por la OMS se plantea un distanciamiento del enfoque meramente biológico y se incorpora como condicionante el factor subjetivo (bienestar), sin embargo, se considera erróneo aseverar que tener salud es la capacidad de estar completamente bien o de completo bienestar; pues tanto en la salud como en la enfermedad puede haber diferentes grados. Por esto la definición del concepto salud que propone Terris en lugar del de la OMS, se refiere a "un estado de bienestar físico mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Marques, 2003).

En 1986, con el objetivo “Salud para todos en el año 2000” la OMS, publicó la Carta de Ottawa derivada de la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en donde se hace un llamado a la acción internacional para que se establezcan programas y estrategias de promoción a la salud consistentes en:

“(…) proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (...) Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (OMS, 1982, 1)

En estas declaraciones sobre promoción de la salud, se observa como la OMS, consciente de las críticas de Terris, refuerza su concepto de salud de 1947 al cambiar la palabra *completo* por *adecuado*, refiriéndose al estado de bienestar, y al incluir la funcionalidad como indicador de salud, cuando asevera que un individuo o grupo debe realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, ser funcional, para alcanzar la salud.

Este organismo internacional constata su enfoque social de la salud, alejado de la enfermedad, al poner de manifiesto que los requisitos para alcanzar la salud se vinculan a factores sociales tales como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; también al considerar como determinantes sociales de la salud la posición socio-económica de las personas o el gradiente social, estrés, condiciones en que se desarrollan los primeros años de vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, adicciones, alimentos y transportes (Wilkinson y Marmot, 2003). Planteamientos que ha sostenido en las siguientes tres conferencias internacionales sobre promoción de la salud que se han realizado desde entonces en: Adelaide, Australia, 1988; Sundsvall, Suecia, 1991; y Yakarta, Indonesia, 1997.

Esta revisión sobre la construcción del concepto salud a través de la historia de la humanidad se ubican diferentes tendencias: (1) La salud como un aspecto mágico, religioso o naturalista, (2) la salud desde el punto biologicista y vinculada a la ausencia de enfermedad; (3) la salud - enfermedad como proceso; (4) la salud como un estado óptimo de bienestar en las esferas física, mental y social; (5) La salud en términos de funcionalidad; (6) la salud como un fenómeno social que se verifica en la capacidad de las personas de adaptarse al medio, funcionar y sentirse bien.

Esta última tendencia corresponde a la definición conceptual de la salud que se eligió para esta investigación y que se encuentra enunciada en la Carta de Otawa. La elección se realizó con el argumento de que esta definición es la más completa y actual, pues asume que la salud como fenómeno social se verifica en la capacidad de las

personas para adaptarse al medio, funcionar y sentirse bien, lo que le da un componente objetivo (funcionalidad) y otro subjetivo (bienestar o sensación de estar bien).

“(…) un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (…)” (OMS, 1982, 1).

La elección de esta definición conceptual también se sustenta en la frase “(…) *un estado adecuado de bienestar* (...)” que ahí se incluyó, pues con esto se hace énfasis en no generalizar la salud, pues los requerimientos en salud de cada persona son diferentes, están determinados de acuerdo a sus condiciones físicas, emocionales o sociales (edad, sexo, recursos económicos, entre otros), por lo que lo “adecuado” en cada persona está relacionado a dichas características y a sus condiciones individuales.

Por otra parte, al considerar que los viejos son los sujetos de estudio de la presente investigación, esta definición es congruente con el enfoque de las recomendaciones internacionales emanadas de la ONU sobre intervenciones sociales en salud, que fueron incluidas en los dos documentos derivados de las dos Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento realizadas en Viena, 1982 y en Madrid, 2002.

La ONU, en los documentos antes señalados, recomienda en materia de salud en la vejez, impulsar acciones de promoción de la salud y prevención en todos los niveles, con la finalidad de que las personas adultas mayores mantengan o recuperen la independencia y funcionalidad para realizar las actividades del diario vivir y reforzar el apoyo social hacia las personas envejecidas con dependencia, a través de mecanismos básicos para mejorar su calidad de vida.

Dado que se estudia la salud como un estado y no como un proceso, el objeto de investigación que se presenta en esta tesis se enfoca a la salud en la vejez, no a la salud – enfermedad en la vejez. En este estudio la salud como estado se equipara a la vida misma, pues para que haya vida debe haber salud, en cualquiera de los grados que esta

se presente, buena salud, precaria salud, deficiente salud, salud con o sin enfermedad o enfermedades; por lo tanto, la enfermedad dentro del concepto de salud se vuelve sólo una propiedad que puede poseer la categoría salud, más no su lado opuesto.

Desde este enfoque, la naturaleza de la relación que se establece entre vida y enfermedad, es la misma que se establece entre salud y enfermedad. La enfermedad es parte de la vida, de igual manera en que la enfermedad se vuelve un componente del estado de salud.

1.1.2 Vejez

Existen diferentes posturas para definir este término, se habla de vejez en el ser humano como la suma total de todos los cambios que se producen en un organismo, derivados del transcurrir del tiempo. Algunos enfoques consideran dichos cambios equivalentes a una disminución progresiva de la viabilidad y aumento de la vulnerabilidad fisiológica; otras miradas la perciben como un momento de constantes pérdidas, aunque también se obtienen algunas ganancias materiales y sociales; tales pérdidas resultan no ser las mismas para todos, o los individuos que las padecen no les confieren el mismo significado, lo que a su vez se refleja en diferentes formas de ver y vivir la vejez.

Se habla de vejez cronológica, medida de acuerdo con el número de años vividos. El indicador de edad para definir la vejez es regularmente establecido de manera arbitraria en las legislaciones de cada país, con base en factores socioeconómicos. El estado es el que define el momento en la que una persona es mayor de edad, sujeto de derechos y obligaciones, y con aptitud para ingresar al mercado laboral; y el momento en que una persona es considerado como viejo(a) o adulto(a) mayor, en edad de retiro laboral y con derecho a acceder a diversos programas sociales.

Vejez biológica que se calcula con respecto al deterioro propio del organismo. Vejez psicológica, generada por una actitud ante la vida. Vejez social, verificada por el aislamiento y falta de vínculos sociales. Y por último, vejez fenomenológica y funcional en la que las personas envejecen aceleradamente, no concordando el deterioro con los años

vividos, la persona pierden sus funciones elementales para vivir de manera autosuficiente.

Asimismo, podemos decir que existe la vejez usual o natural que presenta cada persona desde edades tempranas. Vejez óptima en la que al llegar una persona de edad avanzada muestra cambios leves, pero se mantiene bajo control el estado de salud. Y, por último, vejez patológica, la que presentan las personas mayores de 60 años con enfermedades crónicas y degenerativas no controladas.

Sin dejar de considerar todas estas miradas para definir la vejez. El marco conceptual que se retoma para los fines de esta investigación, se obtiene de la perspectiva del ciclo vital (Dulcey & Uribe, 2002), en la cual la vejez se define como un momento en que se experimenta un proceso continuo de cambios físicos, mentales y emocionales, que transcurren permeados de aspectos históricos, sociales, culturales, del contexto cotidiano en donde transcurre la vida, no solamente como una etapa segmentada por la edad y cambios fijos relacionados al transcurrir del tiempo. Este enfoque *“representa un intento para superar la dicotomía crecimiento - declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias”* (Dulcey & Uribe, 2002, 4)

Desde este enfoque, los marcadores de la vejez dentro del proceso de envejecimiento se pueden dar en cualquier edad, no son determinantes de alguna época de la vida, pues dichos factores dependen más del espacio, las actividades que desarrolla el ser humano, así como las formas de interacción de esas actividades con el espacio o contexto y con otros seres humanos.

Este concepto de vejez toma en cuenta cinco dimensiones: (1) Microsistema: núcleo más cercano del individuo, familia, comunidad, trabajo o escuela. (2) Mesosistema: interacciones entre los microsistemas. (3) Exosistemas: circunstancias sociales, políticas, culturales, científicas y económicas. (4) Macrosistemas: aspectos simbólicos, culturales, creencias, ideologías, representaciones sociales de una región o país. (5) Cronosistemas: referidos al transcurrir del tiempo, hechos históricos o biográficos.

A través de estas consideraciones la vejez se presenta de manera diferencial, en cada persona, por lo que no es correcto hablar de la vejez como algo uniforme, sino de las vejeces, pues la vejez es el resultado de un proceso distinto para cada persona. Hay tantas vejeces, como individuos porque cada persona envejece a su ritmo e intensidad, de acuerdo a la conjugación e interacción de todos los factores o dimensiones que determinan la vejez, por lo que la vejez tienen significados no sólo biológicos, sino culturales y se considera a la edad cronológica como un dato irrelevante, construido más con fines demográficos, que funcionales.

Además, la vejez no es exclusiva de unos cuantos, de los que tienen más de 60 o 65 años, sino que a cualquier edad que es propiedad de todos, todos envejecemos, nadie se salva, se envejece desde el nacimiento y hay quienes dicen que se empieza a envejecer incluso antes del nacimiento cuando el embrión se forma y comienza a desarrollarse, ese desarrollo se puede traducir en signos de envejecimiento, todo depende del enfoque que se le dé.

Se habla de vejez primaria, que se refiere únicamente al aspecto biológico y vejez secundaria, que se relaciona con aspectos psicológicos, sociales y culturales (Dulcey & Uribe, 7). Los aspectos psicológicos de la vejez secundaria no se relacionan de manera proporcional con los aspectos biológicos de la vejez primaria, este hecho provoca que los individuos manifiesten no sentirse viejos, aunque el cuerpo se note arrugado.

Es por lo antes aludido que para abordar el conocimiento de la salud en la vejez en este estudio, fue necesario ubicar el concepto de vejez definido a partir de un proceso de cambios derivados de determinantes socioculturales. Estos determinantes son más relevantes que las posibilidades que brinda la carga genética de cada individuo. La genética ya no se constituye como un destino inevitable, por lo que la noción del reloj biológico condicionante de la vejez, pueden quedar obsoleta de acuerdo a la importancia que se otorga al contexto histórico social, en el cual se viven los cambios que una persona experimenta en el transcurrir del tiempo.

Desde este enfoque conceptual del término vejez, se percibe a la vida, en todas sus etapas, como una oportunidad de ir seleccionando y optimizando los mejores recursos personales, físicos, emocionales, habilidades, capacidades sociales o de relación, entre otros, que tenemos disponibles para optimizarlas y compensarlas en los momentos en que sea necesario.

1.1.3 Vinculación entre elementos conceptuales

La definición del concepto vejez elegida es congruente con el estudio y con el concepto de salud seleccionado (*Infra*, 33) porque en ambos enfoques conceptuales el ser humano desde su subjetividad modifica su entorno, su manera de vivir y percibir tanto la salud, como la vejez. Se considera que el individuo absorbe las circunstancias del medio en el que se desenvuelve para entender, asimilar, optimizar y compensar sus recursos personales para actuar en su cotidianidad. Por todo esto es lógico pensar que nuestro comportamiento repercute en nuestra salud durante la vejez, pues de acuerdo a diversas evidencias empíricas ambas actividades (comportamiento - salud en la vejez) están íntimamente relacionadas y se afectan recíprocamente.

Como se observa, los comportamientos que las personas desarrollan son elementos claves para la manera en que se presenta su salud durante la vejez y por consecuencia en su calidad de vida en esta etapa del ciclo vital. Estas aseveraciones orientan nuestro objeto de estudio dentro de un escenario en donde se intervenga para la modificación de comportamientos vinculados a la salud, la naturaleza de dichas intervenciones tendrá que ser evidentemente social, no biológica, pues se busca modificar las prácticas sociales o comportamientos de las personas entorno a su salud, no las características o condiciones del cuerpo humano. Se interviene directamente en elementos culturales de una población (comportamientos - costumbres), no en sus características físicas.

Entonces para abordar la salud en la vejez como objeto de estudio en esta tesis se atiende el enfoque social de la medicina, pues parafraseando a Rudolf Virchow (*Infra*, 26)

la medicina se traduce en intervenciones sociales impulsadas desde las políticas públicas que guían el quehacer de las instituciones de salud.

Por lo tanto al ubicar nuestro objeto de estudio en un escenario institucional o agencia estatal donde se ofrecen intervenciones sociales en salud que persiguen el cambio social (IMSS-CASSAAM) se hizo necesario estudiar la relación que se establece entre dirigentes o servidores públicos (profesionales y técnicos del CASSAAM) y dirigidos o beneficiarios (adultos mayores) de acuerdo a las consideraciones del italiano Gramsci en sus *Cuadernos desde la cárcel*, citados por Saltalamacchia (2005).

Gramsci propone que para comprender la dinámica del cambio social hay que estudiar la aparición o cambio de las instituciones, de los movimientos sociales o de cualquier otra forma de acción social, conocer la relación que se establece entre dirigentes y dirigidos y entender los intercambios que entre ellos se dan.

Este pensador italiano alude a los conceptos *filosofía, religión, sentido común e intelectuales* para exponer la manera en que se da la generación y reproducción de la cultura. Aludo a los significados de dichos conceptos y la manera en que su autor los aplicaba porque resultaron útiles para los fines de esta investigación.

Filosofía fue concebida como la manera en que surgen las teorías, se relacionan con el proceso de “creación y elaboración de grandes sistemas de pensamiento (filosóficos, teológicos, sociológicos y/o políticos)” (*Ibid*; p.129).

Religión es la instancia en la que dichas teorías se legitiman, encuentran su lugar y se reproducen y difunden en la sociedad, se refiere a las instituciones o agencias, partidos políticos, instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, entre otras. Los resultados de evidencias derivadas de investigaciones se convierten en teorías, dichas teorías son postuladas por los filósofos o científicos y después son retomadas por las agencias estatales o la religión para sustentar su quehacer o legitimarlo.

Intelectuales, según Gramsci, son tanto los filósofos que postulan las teorías como los administradores, los funcionarios y los servidores públicos, este tipo de intelectuales

no son precisamente esos a los que les llamamos tradicionalmente intelectuales, sino son para este autor, la masa que ejerce funciones de organización en el sentido más amplio, ya sea en el dominio de la producción de la cultura o de la administración pública.

Los servidores públicos son los que cohesionan la densa red de instituciones del aparato gubernamental o de la sociedad civil, los organizadores, dirigentes y servidores públicos que generan la llamada revolución pasiva que visualizaba Gramsci; son a su vez los receptores de las ideas sistematizadas de los filósofos y los teóricos de las *élites* y los coproductores de dichas ideas o difusores de las mismas.

Sentido común se refiere a la manera en que las personas (dirigidos y dirigentes) en general asimilan la información, los datos, imágenes y demás factores de su entorno y a su vez producen sus propias ideas, la manera en que las personas se significan su vida.

De todo lo anterior surge entonces la pregunta que da origen a esta investigación ¿Cómo influyen las intervenciones sociales que desarrollan los profesionistas de una institución de salud en la manera en que sus beneficiarios conciben y afrontan la salud en la etapa de la vejez?

1.2. Postulados teóricos

En la búsqueda de la respuesta a la anterior interrogante, a continuación se exponen los postulados propios de la psicología social que provienen básicamente de la teoría de Las Representaciones Sociales, y que se seleccionaron para complementar el diseño del estudio y guiar el desarrollo de este ejercicio académico.

1.2.1 Representación social

La representación social “es una modalidad particular de conocimiento” (Moscovici, 1979, 17), una manera de aprehender la realidad mediante el uso de la observación, del sentido común, de la asimilación de información e imágenes provenientes del exterior e interpretación subjetiva del objeto concreto o abstracto, es una nueva forma de sentido común, un sentido común de segunda mano.

El sentido común de primera mano es el pensamiento de hombres ingenuos que no han sido sometidos a influencias formativas externas tales como la educación, las ciencias o los medios de comunicación, se identifica con el pensamiento llamado primitivo, aquel en que las personas interpretaban la realidad mediante mitos o creencias populares, actos de fe, sin ninguna comprobación.

La ciencia se basa en un pensamiento sistematizado que mediante la experimentación busca conocer la realidad y ofrecer evidencias de que ese conocimiento es correcto de acuerdo a las teorías, reglas y métodos de determinada disciplina científica.

Moscovici también alude a la ciencia como una manera de refinar los conocimientos adquiridos mediante el sentido común, ordenar, aclarar, buscar la esencia de materiales populares, religiosos, de los mitos y la magia de las cosmovisiones del pueblo. “En pocas palabras, la ciencia no sería más que un sentido común sistematizado” (Hewstone y Moscovici: 1984, 681).

Abric (2004:13) alude a la “representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo conferir significado a sus conductas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí”.

Jodelet y Moscovici consideran que “las representaciones sociales están asociadas a comportamientos atomizados, no ligados socialmente, con frecuencia bajo la forma de legitimaciones que atribuyen sentido a actos que les son independientes. Se descuida el hecho de que las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los papeles” (Cit. en Abric, 2004, 195).

La representación social en determinados momentos sustituye o reconstituye a la ciencia porque a partir de las relaciones sociales que implica y la manera de interpretar la realidad, la ciencia se debe reconstituir, replantear.

Las representaciones sociales están emparentadas, desde la misma concepción que Moscovici (1961) les dio, con el símbolo, el significado y el significante en términos de Saussure. El símbolo en Saussure se refiere a esa imagen mental o física a la que alude una palabra; el significado se refiere a la convención social que se manifiesta en la manera en que más de dos individuos se ponen de acuerdo para asignar a ese símbolo, palabra o significante, un conjunto de letras o fonemas, que juntas nombrarán al objeto físico o abstracto.

También con Jean Piaget se habla del pensamiento sociocéntrico o la función eminentemente social del discurso lingüístico que emplean las representaciones sociales y de la relación sujeto y objeto en donde ambos se determinan constantemente, pues al construir la representación social el individuo atiende a dos de sus necesidades, darse el estímulo y la respuesta al mismo tiempo. Denis Jodelet (2004) asevera que el individuo no es una simple pieza dramática, un actor que interpreta un papel, sino que es el autor del propio personaje que interpreta.

Otro lingüista, Edward Sapir, citado por Saltalamacchia (1992, 43), también afirma que la lengua puede ser vista desde una doble perspectiva, pues por un “lado es el lugar en donde se van acumulando las riquezas de un mundo social; y por otro, es el límite que todos tenemos para lograr una, más o menos directa, comprensión de lo real”

Y por su parte a través del concepto de competencia lingüística y de la gramática generativa de Noam Chomsky, Gilberto Giménez (2013) alude a las competencias necesarias en los sujetos sociales en la construcción de las representaciones sociales, para conocer, traducir y objetivar las impresiones de la realidad captada a través de los sentidos y traducirla mediante procesos cognoscitivos y afectivos complejos, en símbolos o signos lingüísticos, haciendo uso de reglas gramaticales compartidas por la sociedad y así proceder a expresar sus representaciones sobre determinado objeto o hecho.

El proceso que se sigue para dar significado a la realidad a través de la construcción de una representación social puede denominarse epistemología popular; a

diferencia de la epistemología científica basada en la experimentación y comprobación de ciertas conclusiones que nos llevan a conocer un objeto de la realidad.

En la era de las comunicaciones y la tecnología la representación social sobre un objeto se construye mediante la información e imágenes que un individuo o colectivo recibe a través de libros, películas, noticieros audiovisuales, prensa escrita, revistas de divulgación científica, conversaciones, hechos observados en la calle y datos que la persona asimila, interioriza, confronta con sus saberes, creencias, valores y percepciones que viven dentro de su ser y son parte de su historia de vida para después hacer una interpretación verbal de determinado hecho u objeto de la realidad.

Este nuevo sentido común es un conocimiento de segunda mano “derivado de la ciencia y caracterizado por la razón... crece asimilando estos conocimientos de distinta procedencia y fundándose en ellos” (Hewstone y Moscovici, 1984, 685).

Toda representación está formada de figuras y expresiones socializadas. Conjuntamente, una representación es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta la realidad y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes... se capta como un reflejo de la conciencia individual y colectiva de un grupo social... (Moscovici, 1979, 16)

La representación social no es solamente una opinión del mundo, pues la opinión es poco estable, meramente cuantificable, se puede obtener mediante encuestas de opción múltiple y responde meramente al contexto, no se interioriza la información, sino que únicamente se escoge entre las opciones proporcionadas por la encuesta, responde mediante ideas estereotipadas, se dice que es un comportamiento miniatura de la representación social, sólo una parte del proceso de construcción de la representación social.

Tampoco puede decirse que la representación social sea únicamente imagen de algo, pues ésta es reproducción pasiva de una imagen o dato externo “es un reflejo

interno de la realidad externa, copia fiel en el espíritu de lo que se encuentra fuera de él” (Moscovici 1979, 31).

La representación social es concebida como una imagen formada de la condensación de información recibida del exterior, la historia personal, relaciones sociales y prejuicios para traducir, imaginar e interpretar la realidad. La verbalización de esa imagen, la respuesta del individuo ante el contexto histórico o político es emitida al público según la adaptación que hace del entorno con base en sus expectativas y deseos.

Se habla de lo social de la representación cuando su elaboración parte de una colectividad, no de una persona individual. La representación social repercute en el comportamiento social, en la organización de cierto grupo y modifica el funcionamiento colectivo. La representación social de un individuo es social porque se construye dentro de un contexto social, pero también es social porque es compartida por otros miembros de la sociedad, sus producciones significativas ante un hecho u objeto tienen aspectos comunes, generalizados.

Moscovici asevera que la representación social tiene dos caras: la figurativa y la simbólica, completamente ligadas, pues toda figura corresponde a un sentido o significado y todo sentido corresponde a una figura.

Está emparentada con el símbolo, con el significado y el significante, en términos del lingüista suizo Ferdinand de Saussure, en donde la representación es concebida como el significante convencional de un cierto grupo o colectividad.

Para esta teoría el mundo objetivo y subjetivo de los individuos es una misma unidad, si alguien expresa una opinión sobre un objeto o hecho, cobra un significado, es determinado por la persona, construido en su cognición de acuerdo a los valores que le atribuye, a su historia y al contexto social que le rodea, pues el objeto no existe por sí mismo. El objeto y el sujeto son indisociables.

Su naturaleza está construida por una doble lógica: la cognoscitiva y la social, por lo que aparentemente las representaciones pueden ser racionales e irracionales, pero en

realidad son conjuntos organizados y coherentes con un funcionamiento bien definido que tiene intersecciones entre procesos cognoscitivos y de la lógica social.

Las representaciones sociales, según Moscovici, cumplen diferentes funciones (a) identitaria, pues asignan un lugar en el mundo social a las personas o grupos de personas a través de las comparaciones que establecen con otros grupos; (b) contribuyen a la significación del mundo, para actuar y tomar decisiones, se vuelven una guía para la acción, una anticipación de comportamientos con sentido; y (c) además por su carácter comunicativo permiten relacionar a la persona o grupo entre sí y con su entorno físico y los demás miembros de la sociedad.

Abric (2004, 23-24) distingue dichas funciones de manera similar pero agrega algo más:

- a) Función del saber: permite entender y explicar la realidad.
- b) Función identitaria: define identidad, ubicación en el campo social y especificidad de los grupos (control social)
- c) Funciones de orientación: guía para la acción, define lo lícito, tolerable o aceptable.
- d) Funciones justificadoras: justifica a posteriori conductas y comportamientos. Persistencia o refuerzo de la posición social. Discriminación (estereotipos) o distancia social entre grupos.

Moscovici afirma que todos tenemos diferentes tipos de pensamiento y podemos usar uno u otro en determinado momento, sin importar la formación profesional que se tenga. Un médico o un científico pueden acceder al conocimiento mediante el sentido común o en otro momento al desarrollar su profesión harán uso del método científico, o bien, en su vida cotidiana acceder al conocimiento mediante la construcción de una representación social.

De alguna manera todos somos “sabios aficionados”, parece que adquirir un conocimiento enciclopédico se ha vuelto una necesidad o algo natural en el mundo contemporáneo en el que la divulgación de la ciencia se ha puesto al alcance de todos debido al vertiginoso avance de los medios de comunicación.

(...) una frase, un enigma, una teoría captados al vuelo despiertan la curiosidad, fijan la atención. Fragmentos de diálogo, lecturas discontinuas, expresiones oídas en otra parte reaparecen en el espíritu de los interlocutores, se mezclan con sus impresiones; surgen los recuerdos, las experiencias comunes los acaparan. Por medio de estas conversaciones... se transmiten las informaciones y se confirman las convenciones y hábitos de grupo... las actitudes se ordenan, los valores se ponen en su lugar, la sociedad comienza a ser habitada por frases y visiones nuevas (...) (Moscovici, 1979, p. 35).

La construcción que hagamos de un hecho u objeto en particular, la representación individual o colectiva que nos formemos con respecto a un aspecto de la realidad provoca que esa realidad sea lo que pensamos que es, lo que creemos que debe ser o lo que anhelamos que sea.

La representación social se puede analizar desde tres dimensiones sociales que nos muestran su contenido y sentido:

1) Información: se refiere al conocimiento de las características o cualidades que el informante individual o colectivo posee del hecho u objeto. Por ejemplo ante el psicoanálisis: duración de tratamiento, el carácter de teoría científica, nombre del creador del psicoanálisis.

2) Campo o imagen: analiza cuál es la imagen mental, modelo social o aspecto que se tiene del hecho u objeto. Psicoanálisis: “La apariencia del psicoanalista es...,” “¿El psicoanálisis puede contribuir a la educación?”

3) Actitud: es la toma de posición, la orientación global con respecto al hecho u objeto. Ejemplos: Favorable/no favorable, Positiva/negativa, A favor/en contra.

Etapas en la formación de las representaciones sociales:

a) La objetivación: proceso mediante el cual se resume la información adquirida, se elabora un mapa conceptual en nuestro interior, se duplican las imágenes, se combinan estos elementos con los elementos propios del contexto y nuestra historicidad, para después traducir en un lenguaje corriente lo que proviene de tecnicismos científicos, se hace un arreglo particular de significados. La objetivación permite intercambiar percepción por concepto. Dar palabra o palabras a lo percibido, da textura material a las ideas. Moscovici decía que objetivizar es “reabsorber un exceso de significados materializándolos”.

b) Anclaje: se refiere a la representación en lo social, al significado y utilidad que le son conferidos a una representación social cuyas funciones son integrar cognoscitivamente la novedad; interpretar la realidad; orientar las conductas y las relaciones sociales. El término anclaje se refiere al significado y utilidad que le son conferidos a una representación social. “También se alude a la integración cognitiva del objeto representado dentro del pensamiento existente y a las transformaciones derivadas de este sistema” (p. 486).

Las representaciones sociales, según Moscovici, están integradas en su contenido por un núcleo figurativo y elementos relacionales:

- Núcleo figurativo: esencialmente social, independiente del contexto inmediato, tiene un origen histórico, social e ideológico, define los esquemas de valores y normas del grupo social, es el elemento estable de la representación, los aspectos comunes de las representaciones individuales, lo generalizado.
- Elementos relacionales: se refiere a características propias de cada persona, relacionadas al contexto inmediato a sucesos no previstos, a través de ellos el individuo se adapta ante desequilibrios a su representación social.

En los estudios de Abric (2004) este núcleo figurativo y los elementos relacionales tienen otra denominación:

- Núcleo central o Sistema central: esencialmente social, independiente del contexto inmediato, “origen en el contexto global –histórico, social e ideológico- define las normas y valores de los individuos y de los grupos” (Abric, 2004, p. 26)
- Sistema periférico: características individuales, relacionado contexto inmediato o contingente, es decir a eventualidades, que a través del sistema periférico permite al individuo adaptarse.

Las representaciones sociales tienen dobles naturalezas rígidas-flexibles. Rígidas porque mediante su núcleo figurativo la representación se ancla profundamente en los valores compartidos por el grupo; flexibles porque los elementos relacionales pertenecen a aspectos individuales y del contexto mediante los cuales se verifican las influencias externas de comportamientos, vivencias o de alteraciones del contexto que pueden desembocar en una modificación del núcleo figurativo que provoque el cambio de la representación social y por consecuencia, de los comportamientos que a ella se le asocien.

La representación social se puede estudiar desde diferentes ópticas:

Primera: la representación social se construye a través de dos dimensiones: el contexto (cognición social) y la pertenencia que se manifiesta como influencia del grupo social del que se es parte.

Segunda: la representación es la expresión de una sociedad determinada. Los sujetos que tienen en común una representación social, comparten la misma condición social

Tercera: la representación como una forma discursiva, está situada en habla de sujetos inmersos en la sociedad.

Cuarta: los comportamientos y el lugar que el sujeto ocupe en la sociedad, son aspectos determinantes en la construcción de la representación social.

Quinta: la influencia social que se recibe en el juego de las relaciones intragrupalas e intergrupales modifica las representaciones sociales.

Las representaciones sociales no son completamente estables, puede haber aspectos del entorno que modifiquen las representaciones sociales y darse lo que Claude Flament ha estudiado como “transformación de las representaciones sociales” en el que asevera que “Las prácticas sociales son de algún modo, la interface entre circunstancias externas y prescriptores internos de la representación social. Comportamientos globales que evolucionan para adaptarse a los cambios de circunstancias externas” (2004, p. 45).

La psicología social, mediante la teoría de Las Representaciones Sociales establece una relación de inclusión con la antropología social, son diversos los estudios sobre este enfoque teórico que analizan los vínculos entre estas dos disciplinas científicas mediante sus conceptos afines (Moscovici, 1979; Araya, 2002; y Rodríguez, 2003).

Las representaciones sociales se incluyen dentro de conceptos propios de la antropología social tales como *cultura, ideología y costumbres*, no pretenden suplantarlos.

La cultura, de acuerdo a Lévi-Strauss, corresponde a una serie de signos y símbolos que transmiten diversos mensajes que son utilizados y compartidos por el grupo social al que pertenecen y el cual ha ido creando dicho sistema simbólico para establecer sus relaciones sociales. Los rasgos culturales se construyen desde la historia de un grupo social y se mantienen estables por un largo periodo. La naturaleza de las representaciones sociales es distinta, pues éstas se forman en un tiempo específico dentro de un grupo social determinado y es más flexible a influencias, por lo que es menos estable que los elementos de cultura.

De la misma manera, las representaciones sociales no equivalen al término ideología que es más generalizado, pues el mismo Moscovici considera que la ideología está conformada por el conjunto de representaciones sociales que imperan en una sociedad.

Por otra parte, las representaciones sociales al tener la función de ser guías para que las personas adopten ciertos comportamientos o prácticas sociales, pueden aportar a las costumbres elementos derivados de los comportamientos generados con base en representaciones sociales. Las prácticas sociales o comportamientos al perpetuarse en el

tiempo se transforman en componentes de las costumbres o rasgos de cultura, característicos de un grupo social determinado.

Esta es la razón de aludir a conceptos de la antropología social en la tesis, pues nos llevan a para ubicar cómo las representaciones sociales que se construyen tomando elementos de intervenciones sociales generadas en las instituciones, pueden generar cambios sociales que con el paso del tiempo repercutan en los rasgos culturales de una sociedad.

1.2.2 Influencia social

El comportamiento humano está determinado no sólo por factores personales, sino por elementos provenientes del medio social en el que se desenvuelve, muchos de los cambios o modificaciones que un individuo o grupo de personas realiza a sus actitudes, pensamientos y prácticas sociales se generan por sus relaciones con otras personas y su influencia.

Influencia social es la manera en que las costumbres e ideología de un grupo social intervienen en el comportamiento y el pensar de otra persona o grupo social, dicha intervención se revela cuando se verifica el cambio que se producen en las conductas de las personas influenciadas. Otros autores la definen como “la capacidad de un individuo de modificar el comportamiento de otros individuos sin recurrir a la fuerza” (Gómez y Canto, 1997, p. 188)

“La influencia social hace naturales un conjunto de comportamientos adquiridos, marcados por el sello de la cultura y de la sociedad... nos simplifica la vida. Nos indica cómo debemos de comportarnos en la mayoría de las situaciones...” (Moscovici y Paicheler, 1984, p. 176). Es a la vez causa y efecto, causa porque da uniformidad a cierto grupo social, comunidad o país; efecto porque provoca el cambio social, el conflicto cultural.

Una actividad clave de la influencia social es la imitación. Desde el nacimiento hasta la muerte imitamos como manera natural de acceder a nuestro desarrollo. Sin la

imitación no habría continuidad en el progreso, en los avances del conocimiento. El aspecto de naturalidad que tiene la imitación en la influencia social, dentro del desarrollo humano, se desvirtúa con la aparición de los medios masivos de comunicación pues dicha influencia adquiere otro matiz, el control social y los eficaces medios de persuasión.

Dos respuestas ante la influencia social son la aceptación y la resistencia. Actitudes que se reflejan en nuestra manera de comportarnos, en nuestro pensamiento y en nuestro discurso público. La relación y congruencia entre estos tres factores: comportamiento, pensamiento y discurso, aunque son casi imperceptibles, determinan el grado y la profundidad en que se ejerce la influencia social.

A través de diferentes estudios se ha demostrado que el individuo es capaz de resistirse a la influencia y tomar sus propias decisiones si está convencido de que los demás están en un error. Sin embargo, es imposible que el individuo esté libre de toda influencia social, lo que sí es capaz de hacer es elegir sus fuentes de influencia, valorarlas y aceptar o conformarse con las que considere más convenientes.

Por otra parte, los individuos pueden someterse a un conformismo ciego, ser conformista y aceptar toda influencia social aunque no estén de acuerdo con las posturas de los demás, esto sucede por no querer parecer diferente a ellos, es más cómodo ser como los otros que imponer ideas propias. Es mejor ponerse de acuerdo con otros y aceptar sus ideas aunque se esté consciente de que se han asumido posturas equivocadas a quedarse sólo con las ideas correctas o innovadoras. Esta manera de asumir la influencia es hacer lo que todo el mundo hace.

La influencia social se manifiesta de tres maneras:

- a) Conformidad simulada: es una forma pública de aceptación simulada de la influencia social que provoca cambios en el comportamiento y hasta se manifiesta en el discurso, pero es un cambio aparente que tiene como fin no recibir represalias o violencia a causa de la resistencia a la influencia. Sin embargo, de manera privada el individuo conserva sus creencias, su sistema de valores y está

dispuesto a volver a su comportamiento habitual, siempre y cuando su contexto ya no represente una amenaza para su persona.

- b) Identificación: la influencia social tiene un nivel menos profundo que en la interiorización. En este tipo de conformidad el individuo reconoce ciertas virtudes en la persona que ejerce la influencia y desea parecerse a ella para poder identificarse o relacionarse con su influyente de manera satisfactoria, pero dicha influencia no penetra en su sistema de valores, por lo que el cambio de comportamiento o la influencia son transitorios.
- c) Interiorización o conversión: la influencia social ingresa de manera sutil y efectiva, natural y casi imperceptible en el individuo y provoca cambios en su sistema de valores y su comportamiento, haciéndolo medianamente resistente a cualquier otra modificación de esta índole. La influencia se mantiene en presencia o ausencia del agente influyente.

De acuerdo a la relación espacial y en tiempo en que surte efecto la consecuencia de una influencia, se habla de:

- Influencia directa: cuando la influencia es notoria inmediatamente al momento en que el influyente la ejerce en el influenciado.
- Indirecta: si el influyente ejerce su influencia en otra persona diferente a la persona en la que deseaba influir, o si el influyente ejerce influencia en alguien sin la intención de hacerlo.
- Influencia diferida: cuando la persona influenciada se resiste a la influencia en el momento que el influyente ejerce su acción sobre ella, pero tiempo después se convence consciente o inconscientemente de la conveniencia de aceptar dicha influencia.

La respuesta a la influencia puede manifestarse de manera pública, privada o en ambos espacios. Con base en el número de personas que representan a la parte influyente puede hablarse de una influencia ejercida por una mayoría social (medios de comunicación masiva) o de influencia de minorías (persona, grupos de personas o instituciones).

Minorías influyentes

Se habla de influencia de minorías o minorías influyentes cuando un grupo o individuo decide innovar, proponiendo ideas originales, no convencionales.

El efecto de las influencias minoritarias según Moscovici y Doms (1984, p. 112) es cualitativamente mejor que el de las influencias mayoritarias. Las minorías ejercen influencias más profundas y perenes, con efectos de conversión; a diferencia de las influencias de las mayorías que se quedan en plano superficial en los individuos estas últimas regularmente son influencias que desembocan en la conformidad

La aceptación de la influencia de las minorías muchas veces es silenciosa y privada, pues el temor a no ser igual a los demás, a la mayoría, provoca que de manera pública no se acepte haber sido influenciado por minorías, pero si la influencia es consistente y congruente, se queda gravitando en la cognición de los individuos y puede tener un efecto de influencia diferida. Un individuo suele hacer pública la aceptación de la influencia de las minorías, cuando el grupo o individuo influyente no está presente. Por otra parte, las personas usan las aseveraciones y argumentos de las minorías de manera inconsciente, sin darse cuenta que han sido influenciadas.

Sin embargo, hay influencias de minorías que son altamente efectivas en el efecto que producen en los demás, a tal grado que se reconocen públicamente y poco a poco permean a más personas hasta convertir a la minoría en una mayoría. Pero para que esto suceda se requieren ciertas pautas estratégicas de conducta que se ha comprobado resultan valiosas para que las minorías se posicionen y permeen a grandes grupos sociales, dichas pautas pueden resumirse en lo siguiente:

- Un individuo influyente o grupo minoritario debe ingresar a un grupo en principio conformándose a los convencionalismos y normas preestablecidas y paulatinamente ganarse la confianza del grupo.
- Las ideas, posturas y comportamientos de las minorías deben ser coherentes, consistentes y congruentes.

- Se debe obtener un prestigio por las competencias demostradas, alta calidad moral “punto de vista resuelto, con seguridad y convicción” (Moscovici y Doms, 1984, p. 113).
- Las minorías producen mejor efecto cuando sus ideas son originales e innovadoras que cuando son sólo objetivamente lógicas.
- Si la influencia de las minorías se ejerce dentro de un marco normativo tiene mayor probabilidad de ser exitosa pues la resistencia a aceptar la influencia de las minorías es el temor a ser tomado como loco o desviado.
- El individuo o individuos que representan a la minoría debe adoptar un comportamiento flexible, se ha comprobado que los individuos con comportamientos rígidos tienden a provocar menos influencias.
- Acudir a la adulación de manera moderada cuando se encuentre ante el individuo del grupo más poderoso y conformarse ante él para dar una apariencia favorable y no hacer que el poderoso sienta amenazada su posición.
- Convertirse en líder silencioso, desviarse de la conformidad y luego innovar.

Relacionar el postulado teórico conocido como representaciones sociales con el de influencia social nos llevará a verificar el carácter dinámico que tienen las representaciones sociales, su flexibilidad y posible transformación y por consecuencia a pronosticar con sustento teórico la modificación de comportamientos en torno a la salud en esta etapa de la vida.

1.2.3 Alcances de la teoría en el campo de la salud

A nivel internacional y en específico en México, existen investigaciones desarrolladas con el enfoque de la teoría de las Representaciones Sociales para estudiar la vejez o envejecimiento, vinculadas con la autopercepción, la salud, calidad de vida o bienestar. La revisión del estado del arte permite hacer consideraciones para refinar el diseño de la investigación y sustentarlo en el conocimiento acumulado.

“La representación social que tiene de su persona el adulto mayor” es una investigación de orientación cualitativa realizada por María Magdalena González (2011),

en un grupo de ayuda mutua del municipio de Nezahualcóyotl, México. Se concluyó que la representación social que tiene de su persona el adulto mayor cuando está fundamentada en la participación social y la interacción significativa con otros es positiva porque refuerza el autoconcepto y la autoestima, independientemente de la historia de vida de cada persona.

Dulce Hernández Martínez (2009) realizó el estudio “La representación social de la jubilación” en la Ciudad de México, un estudio de orientación cualitativa, transversal y comparativo entre tres grupos de personas, los que están laborando y se encuentran a 20 años de su jubilación, los que están próximos a jubilarse y los jubilados. Encontró que la representación social de la jubilación en diferentes generaciones tiene contenidos distintos, además que el género también determina el tipo de representación que se construye.

Juana Herrera y Teresa M. Torres (2009), estudiaron “Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla, Michoacán”, *elementos fundamentales en el diseño de propuestas de educación para la salud*. Se observó la necesidad de trabajar programas educativos con perspectiva de género, pues se identificó que la representación social de salud en el trabajo contiene núcleos centrales diferentes entre mujeres y hombres jornaleros, por lo que sus prácticas sociales de prevención de accidentes y cuidado de la salud son distintas en ambos grupos.

En la investigación denominada “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia” (2006), estudio cualitativo llevado a cabo por Martha Vera en domicilios de adultos mayores que viven en el *Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos*, Lima, Perú, se llegó a la conclusión que el significado que las personas adultas mayores le atribuyen al término calidad de vida, se basa en tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, así como tener satisfechas sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Alfredo Sánchez (2008), analizó “La representación social del bienestar subjetivo en adultos mayores beneficiarios del Programa 70 y más: Acciones desde la política social”, en el municipio de Altamira, del estado de Tamaulipas, con beneficiarios del Programa 70 y más, con este estudio se logró obtener recomendaciones para el mejoramiento de la política social en México, entre ellas se destaca que es necesaria dar una atención diferenciada a esta población, el tema de la salud es el más urgente y referido por los viejos como su mayor preocupación.

El estudio “Las representaciones sociales de la enfermedad del adulto mayor de “La casa – hogar santa Elizabeth de Turgina” Barrio Nelson Mandela – Sector Las Vegas, Cartagena” realizado por Humberto Guerra Doria (2012), con el objetivo de interpretar el sentido que los adultos mayores de esa casa hogar dan al proceso salud – enfermedad, concluyó que existe en la representación social de este grupo una mediación entre el saber del sentido común y el conocimiento científico moderno que reciben de su entorno.

La investigación realizada por Guadalupe Lucila Colín-Luna *et. al* (2012), “Representaciones sobre la jubilación y la vejez en personas mayores jubiladas y pensionadas de la Ciudad de Morelia” en México, tuvo como objetivo reconocer cómo se representan la jubilación y la vejez las personas adultas mayores y al mismo tiempo analizar el proceso de construcción de dichas representaciones. Se concluyó que existe una relación importante e indisoluble entre la representación social asignada a vejez y la construida para jubilación.

Angela Urrea y Claudio Arroyo, en 2006, con el título “Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre, la Automedicación, la Medicación y los Profesionales de la Salud” desarrollaron una investigación en el Centro de Salud San José de Chuchunco de la comuna de Estación Central en Santiago de Chile con el objetivo de conocer la manera en que los adultos mayores conciben la automedicación y medicación y las prácticas que con respecto a estos conceptos desarrollan, así como el vínculo que ello tiene con respecto al desempeño de los profesionales de salud que los atienden.

Se observó en los resultados que en las representaciones sociales de los informantes se manifiesta y reafirma la vulnerabilidad que existe hacia las prácticas de la automedicación y medicación, además se afirmó que dichos comportamientos se deben a la falta de educación, conocimiento, información y atención oportuna por parte del personal de salud. Estos resultados permitieron a los autores afirmar que en el Centro de Salud se entrega una atención bajo los lineamientos del Modelo Biomédico, donde sólo se prioriza las enfermedades y su sintomatología y no lo que realmente necesita la persona, por lo que es fundamental comprometer y sensibilizar al Equipo de Salud en general, incentivarlos a ver la salud desde otra mirada, una atención integral arraigada desde los aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Aldo Reiner Quijada en 2011 realizó la investigación denominada “Adulto mayor y sus cuidados en atención primaria de salud: una mirada a las representaciones sociales sobre el equipo de cabecera y las acciones del programa del adulto mayor en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Laraquete” en Santiago de Chile (2011) con el objetivo de determinar cuál es la representación social que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en Atención Primaria de Salud y del Equipo de Cabecera en el CESFAM.

Las conclusiones de este estudio evidenciaban que si bien las acciones de salud que reciben los adultos mayores se dan con apego a los lineamientos operativos que respaldan dicho programa, existen áreas de oportunidad para mejorar la atención a esta población, entre ellas los tiempos de espera para recibir la atención y la falta de información que tienen unos cuantos informantes sobre algunos componentes del Programa; el modelo de atención del centro es plenamente identificado por la mayoría de los informantes, así como el concepto y funciones del equipo de cabecera, lo cual demuestra que aunque hay acciones por reforzar, el programa del adulto mayor es operado de manera eficiente para cumplir con sus objetivos y proporciona a los adultos mayores la oportunidad de adoptar prácticas adecuadas de salud.

Dado que esta revisión del estado del arte no cubría las expectativas necesarias en el presente estudio sobre el uso de las representaciones sociales para analizar los intercambios entre profesionales de una institución de salud y beneficiarios, se amplió la

revisión a otros campos de investigación de las representaciones sociales que aunque no siempre se desarrollaran con población de adultos mayores, sí pudieran complementar la visión sobre los alcances de la teoría de las representaciones social en temas de salud ligados a intervenciones sociales.

En 2010, Gloria Escobar y otros autores desarrollaron la investigación titulada “Representaciones sociales del proceso salud enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana”. Los resultados evidenciaron que se requieren profesionales que integren, desde su formación, tanto la dimensión social como conocimientos técnico-científicos, que reconozcan la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo y relativicen sus conceptos propios, dando propuestas educativas que supongan rupturas paradigmáticas para lograr el apoyo requerido, respetando la autonomía de las madres, sin culpabilizarlas.

Otro estudio revisado fue el de José Manuel Rangel (2011) identificado como “Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública” que tuvo como escenario el sector urbano de “La Huizachera” en el municipio de El Salto, Jalisco. En esta investigación se persiguió el objetivo de comprender de las trayectorias y las representaciones sociales del proceso salud /enfermedad / atención de las mujeres participantes y no participantes directas de los programas Oportunidades y Seguro Popular, para establecer vínculos con la política pública en materia de salud.

De las representaciones sociales de las informantes se desprenden ambivalencias con respecto a las practicas curativas que reciben dentro de los programas sociales, porque si bien siguen las indicaciones terapéuticas de los médicos adscritos al programa y muestran dependencia de su atención, también los culpan de maltrato médico y agresividad en sus prácticas. Asimismo consideran una pérdida de tiempo y de recursos económicos el acudir a sus pláticas mensuales a las que están obligadas a acudir en estos programas, pues cuando asisten tienen que perder medio día de salario. Con ello se considera necesario reformular las políticas públicas considerando los arreglos que cada región requiere para su atención y mejorar la calidad de los programas sociales.

Se revisó otros dos estudios más relacionados con el VIH-Sida, el primero realizado por Denize Cristina de Oliveira publicado en 2003 reporta los resultados de una investigación desarrollada durante once años, con carácter multicéntrico, llevada a cabo por un equipo de investigadores encabezados por la autora de la investigación con el objetivo de discutir la constitución y evolución de las representaciones y de las prácticas sociales de los profesionales de la salud relativas al sida. Los resultados dieron evidencia de la existencia de un proceso de cambio en las representaciones sociales del sida y las prácticas de los profesionales de la salud relacionadas a este padecimiento, con la introducción de la posibilidad de convivencia con la enfermedad, mejores prácticas y disminución de la importancia de la muerte.

El segundo estudio desarrollado por Ana Paola Fonseca (2009) con el nombre de “Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la Ciudad de Bogotá en Colombia”, tuvo como objetivo describir las representaciones sociales acerca del VIH/SIDA de dos grupos de jóvenes con y sin VIH. Los resultados fueron discutidos a la luz de su relación con el conocimiento científico, la construcción de procesos de estigma y discriminación, y los significados propios de los jóvenes con VIH, de ello se desprende la necesidad de incorporar una mirada comprensiva de los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en los programas orientados a la atención y apoyo de las personas con VIH.

En la investigación “Representaciones sociales del consumo de drogas y de las intervenciones respectivas en un contexto local: La Universidad de Antioquía en Medellín, Colombia, realizada en 2010, por Silvia Henao, se concluyó que el consumo de drogas y las intervenciones no tienen un significado único en las representaciones de los informantes por lo que la universidad tiene un compromiso ético, político y social para abordar estos temas para dar respuestas diversas, articuladas con el grado de acercamientos con las drogas, los niveles de convivencia universitaria y la magnitud del problema, sin dejar de considerar su comercialización.

Mariane Krause (2003) llevó a cabo el estudio denominado “*The transformation of social representations of chronic disease in a support group*” en la Corporación Crohn,

un grupo de ayuda mutua legalmente establecido que surgió en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Santiago de Chile que tuvo el diseño de investigación acción participante, de orientación cualitativa, realizada en dentro de un grupo de ayuda mutua de personas que compartían una enfermedad inflamatoria intestinal conocida como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

Los resultados arrojaron evidencia sobre la transformación de la representación social que sobre esta enfermedad construían los informantes con respecto a su representación social individual en el momento de su ingreso al grupo de ayuda mutua. El núcleo central de la representación social transformada se compone de una concepción de la enfermedad como algo normal, lo que deriva en cambio de actitudes, mayor tolerancia, aceptación de su naturaleza crónica y las limitaciones que impone a la vida diaria, la posibilidad de ser apoyado por otros para hacer frente a la enfermedad y el reconocimiento de un proceso de transformación.

Cuando se concluyó la revisión de este último trabajo de investigación se había llegado hasta el punto que se necesitó para confirmar que el sentido de la investigación que se planeaba desarrollar en esta tesis era el adecuado, pues se comprendió que los estudios sobre representaciones sociales pueden tener como propósito diagnosticar la realidad para conocerla o para intervenir en ella (González, 2011; Martínez, 2009; Torres, 2009; Vera, 2006; Colín Luna, 2012; Fonseca, 2009; y Henao, 2010).

Pero además, otra vertiente de estudios basados en esta teoría nos pueden conducir analizar la relación entre las instituciones o programas institucionales, su personal, las prácticas que éstos desarrollan y sus beneficiarios (Sánchez, 2008; Guerra, 2012; Urrea y Arroyo, 2006; Quijada, 2011; Escobar, 2010; Rangel, 2011; y Oliveira, 2003); y una manera más de su uso se verifica en la valoración del impacto de intervenciones sociales con estudios que abordan la transformación de las representaciones sociales con mediciones pre y post intervención (Krause, 2003).

1.3. Consideraciones que enmarcan la corriente teórica

Con estas bases se pudo concluir el diseño de la investigación señalando que la salud en la vejez como objeto de estudio para esta investigación se aborda desde lo social y a partir de la realidad de la vejez construida en la subjetividad de las personas que experimentan esta etapa de la vida.

Desde este diseño es pertinente aclarar dos consideraciones más que enmarcan la corriente teórica antes señalada, en el abordaje del objeto de estudio: (1) la subjetividad de las sociabilidades y (2) el papel de las instituciones que desarrollan intervenciones sociales para provocar el cambio social en salud.

Al seguir las consideraciones de Remí Lenoir sobre la construcción de objetos sociológicos (1993, p. 62), y al parafrasear sus aseveraciones, se establece que la salud en la vejez transita de lo individual a lo social, cuando se reconocen las afectaciones de dicho proceso en más de un individuo y en el desequilibrio que se experimenta dentro de las dinámicas de los núcleos sociales (las familias, comunidades, instituciones y los centros laborales). El tema social de la salud en la vejez se atiende desde la política social, se inserta en la agenda de políticas públicas y se legitima con el surgimiento de instituciones dedicadas a su atención.

La salud en la vejez convertida en un tema de agenda política, a su vez, también es abordada por los científicos sociales como objeto de investigación, los resultados de las investigaciones respecto a la vejez, salud en la vejez, el envejecimiento y otros objetos de estudio afines, sirven y han servido como evidencia para intentar contribuir a la atención de la población que cursa esta etapa de la vida, o en su caso, del tema de agenda de los gobiernos o instituciones a través del diseño de recomendaciones y de políticas públicas. Tal es el caso de los planes de acción, formulaciones y recomendaciones emitidas por las dos Asambleas Mundiales del Envejecimiento celebradas en Viena (ONU, 1982) y en Madrid (ONU, 2003) que están sustentadas en evidencias empíricas (OMS, 2001).

El estudio de la salud en la vejez desde lo social se confirma en el significado que la sociedad le otorga, en la construcción y enunciación del discurso o discursos sobre la

salud en esta etapa de la vida, en los movimientos sociales, familiares y comunitarios que genera, en los factores biológicos, sociales, económicos, demográficos y culturales que en este campo confluyen.

Las posturas o puntos de vista que los miembros de una sociedad adoptan con respecto a la salud en la vejez y que expresan en oralidades discursivas constituye la subjetividad que se construye sobre el tema y contribuye a conformar la realidad social de la salud en la vejez, una realidad digna de ser estudiada como objeto de estudio.

De este modo, la salud en la vejez como objeto de este estudio es analizada desde la subjetividad de las sociabilidades, es decir desde las posturas que los miembros de una sociedad adoptan respecto al tema, dicho objeto puede estudiarse desde diferentes enfoques teóricos, entre ellos el de Las Representaciones Sociales, pues de acuerdo a las afirmaciones de Gilberto Giménez (2013) son diversas las disciplinas de las ciencias sociales que suelen trabajar con categorías relativas a la subjetividad de los actores sociales.

Se parte de las subjetividades de los individuos como una manera de acceder al conocimiento de la realidad de la salud en la vejez, con base en la idea de que el análisis social tiene como punto de partida al individuo, socialmente producido y cargado de determinaciones socioculturales y psíquicas no homogéneas producto de sus sociabilidades ubicadas en distintos entornos espacio-temporales, pues cada individuo es un punto en el que convergen sus sociabilidades pasadas, presentes y futuras que lo sitúan en el cruce de sus interacciones por las que tiene que actuar y generar diferentes prácticas sociales a través de las cuales, a su vez, produce discursos que lo dotan de materiales conceptuales que lo ayudan a conformar su identidad y definir su actuar.

El conocimiento de la realidad social al que se pretende acceder en este estudio parte del individuo o individuos, de sus subjetividades construidas mediante diferentes determinaciones del entorno y de la interacción social que establece o estableció con otros individuos en diferentes contextos.

Más que conocer las cifras relacionadas con la salud en la vejez, de dimensionar esta categoría, como en los estudios cuantitativos, lo que se buscó, de acuerdo al objetivo planteado, fue vincular la importancia que tiene la dinámica social de las relaciones entre diferentes personas para la construcción de las representaciones sociales de la salud en la vejez, así como para la adopción de comportamientos asociados a ella. Es desde estas sociabilidades que se puede estudiar el origen de los problemas relacionados con el cuidado de la salud que viven los viejos y desde donde se puede diseñar intervenciones para mejorar sus condiciones de vida.

La mirada que conduce este estudio se orienta a entender cómo cierta comunidad construye el significado de la salud en la vejez y las prácticas que relacionadas con esto adoptan, puesto que el conjunto de creencias culturales acerca de la salud en la vejez, se constituye en la población y en específico en las personas adultas mayores, como una base para adoptar un estilo de vida activa y saludable o comportamientos que predispongan a la enfermedad y al aislamiento social.

Por todo esto, el respaldo teórico y metodológico en esta tesis parte del estudio de la relación entre los prestadores de servicio institucionales (profesionales y técnicos) y los adultos mayores beneficiarios del CASSAAM, en cuya vinculación, según lo establecido por Gramsci, se puede verificar el cambio social.

Antonio Gramsci, citado por Saltalamacchia (2005, 129), concebía que las instituciones tienen la obligación de desarrollar su quehacer poniendo en práctica los conocimientos generados por los científicos sobre temas específicos de interés para cada institución, además de difundir los avances de la ciencia entre sus beneficiarios, esto se convierte en un mecanismo para asegurar la calidad de los servicios y provocar el cambio social por lo que para conocer la dinámica dicho cambio es necesario estudiar la relación que se establece en las instituciones entre dirigentes y dirigidos o, en términos coloquiales, entre servidores públicos y beneficiarios de las instituciones y así conocer los intercambios que entre ellos se establecen.

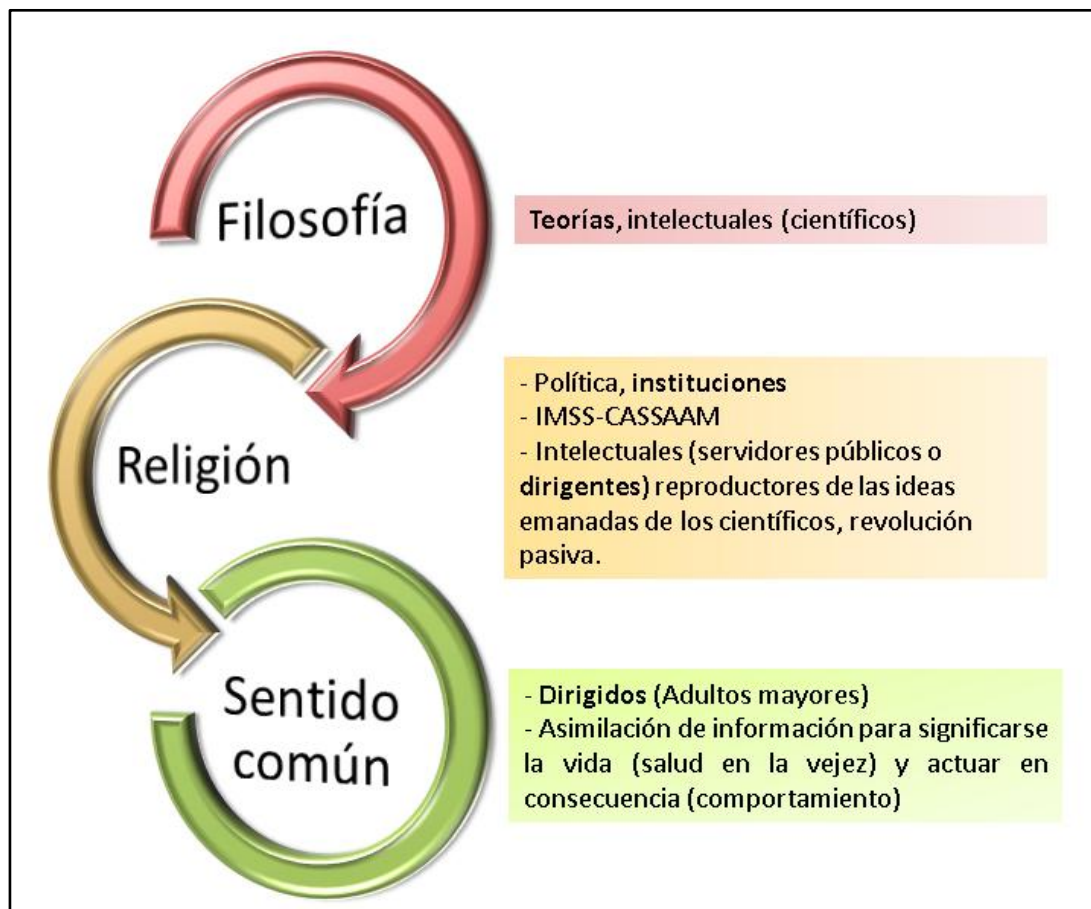
Derivado de esto, el campo en el que se estudia el cambio social con relación a la salud en la vejez tiene que ser institucional, es así que el desarrollo del presente estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), específicamente en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos(as) Mayores (CASSAAM) la dependencia más idónea en esa institución por su atención a las personas adultas mayores mediante intervenciones sociales desarrolladas por profesionales del trabajo social, y por su apego normativo a las recomendaciones emanadas de las dos asambleas mundiales sobre envejecimiento antes referidas que dan fundamento a la operación de sus actividades.

1.4. Interacción entre postulados teórico-conceptuales

En este orden de ideas, en el CASSAAM los profesionales y técnicos representan a los intelectuales coproductores y difusores del discurso emanado de los teóricos, los académicos que dotaron de evidencias científicas a las recomendaciones y formulaciones provenientes de las dos Asambleas Mundiales del Envejecimiento (ONU, 1982 y OMS, 2002) y de donde surgieron los conceptos básicos que se han propuesto para el desarrollo de las políticas del Envejecimiento Activo, con las que se pretende hacer frente a las demandas propias de la salud en la vejez.

A través de la reproducción y difusión de las evidencias teóricas (ONU, 1982 y OMS, 2002) que sustentan el proceso de atención del CASSAAM, los profesionales y técnicos que en él laboran tienen la misión de provocar el cambio social a través de la intervención social en el sentido común de los adultos mayores, según palabras de Gramsci, o en la construcción de sus representaciones sociales, según Moscovici y otros autores.

Figura 1. Influencia del CASSAAM en los beneficiarios



Fuente: Construcción propia con información de Saltamacchia (2005)

Es este orden de ideas se estudian las sociabilidades establecidas entre los profesionales y técnicos del CASSAAM y los beneficiarios de ese Centro, además se hacen comparaciones entre los discursos de adultos mayores no beneficiarios CASSAAM a través del análisis de sus representaciones sociales de la salud en la vejez, considerando a los profesionales y técnicos, a la manera de Gramsci, como los intelectuales que reproducen o coproducen el discurso proveniente de las recomendaciones emanadas de la ONU (1982) y de la OMS (2002) referentes a la Cultura del Envejecimiento Activo; dichas recomendaciones, de la ONU y la OMS, a su vez fueron sustentadas en evidencias científicas (OMS, 2001).

Como ya se señaló, el CASSAAM surge en el IMSS como un modelo de atención social a la salud que atendiendo a las recomendaciones de la ONU y la OMS, así como al

marco legal mexicano, pretende influir en la población para propiciar el apego a la cultura de envejecimiento activo y saludable con el fin de mantener o prolongar y recuperar la salud de las personas adultas mayores.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores se buscó dar respuesta a la pregunta de investigación antes aludida, para lo que el objetivo de la investigación quedó establecido de la siguiente manera: *analizar la influencia social que ejercen los profesionales y técnicos del CASSAAM en la construcción de la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios.*

Para ello fue necesario distinguir la representación social de la salud en la vejez, tanto de adultos mayores no beneficiarios del CASSAAM, como de beneficiarios CASSAAM durante su proceso de atención en dicho Centro, además de la de los profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención.

También fue conveniente comparar la representación social de la salud en la vejez de todos los informantes y derivado de ello deducir cómo interviene la influencia social del proceso de atención del CASSAAM en la construcción de la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios.

Con el objetivo de este estudio no se busca conocer sólo por conocer, la manera en que las personas adultas mayores conciben o se representan la “salud en la vejez”, sino la verdadera intención es identificar sus construcciones conceptuales respecto a esta frase, sus características y dinámicas transformativas mediante influencias sociales, para explicar, mediante proporciones teóricas, los comportamientos que ellos adoptan en torno al cuidado de su propia salud.

Previamente a este ejercicio intelectual podríamos suponer, mediante hipótesis conceptuales, que entre los informantes se distinguirán diferentes representaciones sociales de la salud en la vejez y que los contenidos, núcleos figurativos y elementos relacionales de dichas representaciones los orientará a asumir más o menos de manera regular dos posturas, una, la de la salud en la vejez cargada de estereotipos negativos; y

otra, la que está acorde al discurso oficial institucionalizado, desde una posición más nutrida y positiva, aunque también podremos encontrar posturas intermedias.

También, conforme a ello se puede pensar que los adultos mayores que no han tenido influencia del CASSAAM corresponden al grupo que presenta representaciones sociales de la salud en la vejez débiles, inconsistentes y cargadas predominantemente de estereotipos negativos y que los beneficiarios que actualmente están siendo atendidos en el proceso de atención del CASSAAM, construyen representaciones sociales que concuerdan con el discurso oficial institucionalizado.

Se tiene que observar si la influencia social que ejerce el personal del CASSAAM sobre sus beneficiarios provoca transformaciones en sus representaciones sociales de la salud en la vejez y si estas transformaciones los conduce a desarrollar comportamientos adecuados para el cuidado de su salud, lo que puede traducirse en beneficios tanto para los beneficiarios CASSAAM, ya que si la población envejecida participa de manera más eficiente en el autocuidado y desarrolla mejores prácticas sociales en este sentido, su calidad de vida mejorará considerablemente.

Capítulo 2. Metodología

Se expone en este capítulo la manera en que se conformó el estudio en su parte metodológica. En primera instancia, se ubica el escenario donde se desarrolla la investigación, para ello se describen las características básicas que se requieren conocer acerca del CASSAAM, su ubicación, objetivo, de manera general su proceso de atención, y el personal, profesionales y técnicos que lo operan.

Se define el diseño del estudio, el cual tiene una orientación cualitativa, de corte transversal, con modos de razonamiento inductivo y abductivo para la generación y generalización del conocimiento. Se delimita el tamaño y las características de la muestra definida por saturación teórica, que se seleccionó para la recopilación de la información. También se alude al procedimiento empleado para el abordaje metodológico en cuanto a la elección de la técnica para la obtención de la información, el diseño del instrumento empleado y las características del contenido de dicho instrumento, que se basó en lo recomendado por el enfoque teórico elegido para el estudio.

Después, se ofrece la descripción del modo en que se desarrolló el procesamiento de la información, la transcripción de las entrevistas, los dilemas a los que hubo que enfrentarse en este proceso y la manera en que se asumieron para cuidar la confiabilidad del estudio.

Adicionalmente se hace alusión explícita acerca de la metodología empleada para el análisis de la información, la corriente de pensamiento que la impulsa, así como los precursores seleccionados, dada la pertinencia de sus enfoque en la investigación cualitativa. El capítulo concluye con la exposición de las tablas y matrices originadas en

mediante la codificación de los datos en categorías, la agrupación e integración de las mismas y sus propiedades, así como la manipulación e interacción entre los datos y variables del estudio.

2.1 Escenario de la investigación

El CASSAAM constituyó el escenario de la investigación. Esta unidad está ubicada al norte de la Ciudad de México, en Av. Eduardo Molina esquina con Av. San Juan de Aragón, colonia San Pedro el Chico, Delegación Gustavo A. Madero.

Este modelo de atención surge en el año 2009, para desarrollar el siguiente objetivo:

“Impulsar estudios en el ámbito geriátrico y gerontológico con el fin de otorgar servicios interdisciplinarios al derechohabiente adulto mayor, mediante acciones de valoración gerontológica integral y atención social a la salud, que mantengan, prolonguen y recuperen su salud e independencia funcional. Así como formar profesionales y técnicos en gerontología, desarrollar modelos aplicativos de impacto a nivel nacional, derivados de evidencias basadas en resultados de investigaciones.”. (IMSS, 2010: 5).

Sus intervenciones se dirigen a personas adultas mayores de 65 años y más de edad derivadas de cinco Unidades de Medicina Familiar (23, 29, 94, 11 y 37), que presentan problemas para realizar de manera independiente tres o hasta cinco actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, los beneficiarios no deben padecer padecimientos psicogeriátricos severos.

El proceso de atención se inicia con una valoración gerontológica a través de escalas cuantitativas validadas, aplicadas por un equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos (trabajadores(as) sociales, psicólogos(as), odontogeriatra, enfermera, nutrióloga, médico gerontólogo, médico rehabilitador, podólogo, terapeuta ocupacional, licenciada en informática -que funge como instructor en nuevas tecnologías-, y animador sociocultural).

Después, se aplican intervenciones sociales que consisten en talleres artísticos, de capacitación técnica, de cultura física y de promoción y educación para la salud enfocados a la estimulación social, física, mental, emocional y funcional (terapia ocupacional) y la promoción de la participación social a través de la formación de promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de adultos mayores.

Por último se revalora integralmente a la persona adulta mayor para verificar si mantuvo o recuperó su estado de salud o independencia funcional; se le deriva a su unidad de medicina familiar y a un centro de seguridad social o unidad deportiva IMSS para continuar con su atención.

Paralelamente a este esquema de atención en el CASSAAM se desarrollan otros dos procesos: investigación y formación en gerontología de recursos humanos (enfermeros(as) médicos, odontólogos(as), trabajadores(as) sociales entre otros/as) en cursos, en rotación, en servicio social o en prácticas profesionales (IMSS, 2011).

La razones por la que se eligió al CASSAAM como escenario de la investigación deriva de que este Centro responde a un Modelo de Intervención Social en Salud de reciente creación en el IMSS, que fue diseñado con base en las recomendaciones de organismos internacionales tales como la OMS y la ONU; además porque sus intervenciones se enfocan específicamente a personas adultas mayores, es decir viejos(as), y se desarrollan desde lo social, no desde un enfoque médico biologicista, por lo que la figura del personal de trabajo social se constituye como un elemento clave dentro del equipo de los profesionales y técnicos que en este Centro laboran, razón por la cual es la única categoría que tiene tres plazas en la plantilla, de todas los demás sólo hay una o cuando mucho dos, como es el caso de la de psicólogo(a).

2.2 Diseño del estudio

Se diseñó la investigación como un estudio orientación cualitativa, sustentado en los postulados teóricos de la psicología social, con la Teoría de las Representaciones sociales.

Se toma como sujetos de la investigación tanto a los profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM, como a personas adultas mayores, beneficiarios o no beneficiarios de dicho Centro.

Para alcanzar el objetivo de la investigación antes señalado, fue necesario distinguir y analizar las representaciones sociales de la salud en la vejez, tanto de los profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención en dicho Centro, como de adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del CASSAAM.

Se compararon las representaciones sociales de la salud en la vejez de todos los informantes para determinar de qué manera interviene la influencia social del proceso de atención del CASSAAM en la construcción de las representaciones sociales de la salud en la vejez de sus beneficiarios.

Se analizaron y compararon las representaciones sociales de la salud en la vejez de los informantes en un sólo momento, no se siguieron a través del tiempo en un antes y después de la intervención CASSAAM, por lo que se puede decir que el corte del estudio es transversal.

Saltalamacchia (2008) señalaba en su artículo “Casuística y subjetivismo: falsos estigmas de la investigación cualitativa” que “a pesar de esta hipercomplejidad del estudio social, dentro del método cualitativo también se pueden establecer generalizaciones, pero la manera en que se establecen es a partir de las analogías entre estudios de casos en contextos similares, entre conocimientos nuevos y conocimiento previos, a través de los cuales se establecen las generalizaciones, por lo que el modo abductivo de generar conocimiento es indispensable para estas generalizaciones en las ciencias sociales.

El conocimiento de la realidad social al que se pretende acceder en este estudio parte del individuo o individuos, de sus subjetividades construidas mediante diferentes determinaciones del entorno y de la interacción social que establece o estableció con otros individuos en diferentes contextos.

Más que conocer las cifras relacionadas con la salud en la vejez, de dimensionar esta categoría, como en los estudios cuantitativos, lo que se buscó, de acuerdo al objetivo planteado, fue vincular la importancia que tiene la dinámica social de las relaciones entre diferentes personas para la construcción de las representaciones sociales de la salud en la vejez, así como para la adopción de comportamientos asociados a ella.

2.3 Tamaño de la muestra

Se procedió al muestreo teórico por lo que la muestra fue definida por saturación teórica (cfr. Glaser y Strauss, 1967, p. 221 y Saltalamacchia, 1992, p. 79) lo que llevó a realizar las entrevistas de manera paralela al análisis de la información, con lo cual se detectaba si hacían falta más informantes; así también las características de informantes que se requerían, por lo que la muestra fue ampliándose o delimitándose en cada grupo de informantes de acuerdo al ritmo que el análisis lo solicitaba.

De esta forma, se observó que en las oralidades de los adultos mayores no se estaba encontrando variación entre los conceptos y que ello provocaba que no se hicieran más densas las categorías sobre salud en la vejez, en términos de sus propiedades y dimensiones, por lo que se tuvo que modificar los criterios iniciales que se habían definido para elegir a los informantes y que se habían asentado en el diseño del protocolo que sirvió de base para esta investigación lo cual es válido en los estudios de enfoque cualitativo según Corbin y Strauss (2012).

En un principio se había considerado tomar como informantes a los profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM y a personas adultas mayores beneficiarias de ese Centro, tanto a las que estaban a punto de iniciar su atención, como a las que estaban siendo atendidas en el mismo. Sin embargo, con el transcurrir de la recopilación de la información se fueron ampliando o cambiando las características de los informantes de la muestra inicial, actuación que es normal en este tipo de investigaciones, según Saltalamacchia (1992).

Por ello, para alcanzar la variación y lograr la saturación teórica se tuvo que incorporar a la muestra a personas adultas mayores que nada tenían que ver con el CASSAAM y descartar como informantes a los beneficiarios que aún no ingresaban al Centro, porque con algunas personas que cubrían este criterio al momento de entrevistarlas, en sus relatos se descubría que en experiencias previas de su relación con el IMSS ya habían tenido influencia de otros centros similares al esquema de atención del CASSAAM, lo que provocaba que las características discursivas que se creían obtener no se observaban fácilmente en ese grupo y sí en adultos mayores que no habían tenido contacto con el IMSS.

Finalmente la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

Características	Número de informantes
Adultos mayores beneficiarios	9
Adultos mayores no beneficiarios	5
Profesionales y técnicos que desarrollan que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM	10
Total de informantes	24

Fuente: Construcción propia con datos del total de informantes.

No se tomó como criterio para la conformación de la muestra cuotas por género, pues el estudio no se realizó con perspectiva de género, se incluyó indistintamente a informantes mujeres u hombres.

Para la selección de los informantes se utilizó las bases de datos del Sistema de Información Integral en Gerontología (SIIG) con que cuenta el CASSAAM y la plantilla de

personal de este Centro. Se seleccionó a las personas adultas mayores que cubran los criterios antes mencionados y a los trabajadores involucrados en el proceso de atención.

Para la categoría de trabajadores del CASSAAM se consideró a los profesionales o técnicos que son responsables de desarrollar el proceso de atención del CASSAAM, tanto en el área de valoración gerontológica, como en impartición de talleres de estimulación física, mental, social y emocional. La muestra correspondiente a este grupo no se eligió por saturación teórica porque la pretensión era identificar la influencia social que todos ellos ejercían en los beneficiarios.

Los adultos mayores no beneficiarios del CASSAAM fueron seleccionados entre personas conocidas que cubrían los criterios y que tenían diferentes contextos, edades y niveles de escolaridad, procurando encontrar una población heterogénea.

Para la integración en la muestra de este grupo de comparación, los no beneficiarios CASSAAM, se empleó la técnica “bola de nieve”, donde un informante te lleva a otro, por recomendación, de acuerdo a las características requeridas por el investigador para participar en el estudio.

Se contactó a los posibles informantes vía telefónica, en su centro laboral o en su domicilio, se les explicó la intención de que participaran en la investigación, se les preguntó sobre su intención de colaborar, se concertó una cita y, previamente a la recopilación de la información, se les leyó y dio a firmar un Consentimiento Informado (Anexo 1).

2.4 Material y métodos.

El abordaje metodológico del estudio también se basa en lo recomendado por la propia teoría de las representaciones sociales siguiendo a Abric (2004); y consistió básicamente en el método de entrevista a profundidad. La elección de este procedimiento responde a la necesidad de obtener la subjetividad de los actores para proceder al análisis de los contenidos de las representaciones sociales sobre la frase salud en la vejez.

El diseño de la Guía de la entrevista a profundidad (Anexo 2) se formuló agrupando preguntas con las cuales se pudieran obtener elementos discursivos sobre las tres dimensiones que conforman las representaciones sociales (Moscovici, 1979): (1) Información: se refiere al conocimiento de las características o cualidades que el informante individual o colectivo posee del hecho u objeto, (2) Campo o imagen: analiza cuál es la imagen mental, modelo social o aspecto que se tiene del hecho u objeto, y (3) Actitud: es la toma de posición, la orientación global con respecto al hecho u objeto. Favorable/no favorable, positiva/negativa, a favor/en contra.

Antes de comenzar con la recopilación de la información, se llevó a cabo una prueba piloto con base en esta experiencia, se hicieron hacer ajustes a los instrumentos; se observaron los errores cometidos al realizar las entrevistas, se tenía cuidado para no volverlos a repetir y también se ensayó la transcripción de las entrevistas.

La entrevista a profundidad estuvo enmarcada por el encuentro cara a cara con los sujetos de investigación; debido a su carácter dialógico, conversacional, interactivo (Cfr. Arfuch, 2012) fue necesario desarrollar cierta sensibilidad para dar ritmo a las entrevistas porque en ocasiones algunas de las preguntas eran detonadoras de sentimientos.

Cierto número de entrevistados se vulneraban hasta llegar al llanto, por lo que se detenía la entrevista y se hacían modificaciones a las preguntas, al tono de voz o a las palabras empleadas. En los encuentros de cada entrevista los informantes iban construyendo su identidad se pudo constatar lo que Claudia Salazar afirmó en su artículo *Comunidad y narración: la identidad colectiva...* “El ser humano se humaniza sólo en el encuentro del otro”.

Además, aunque las producciones obtenidas de las entrevistas no son copia fiel de su realidad, sí son lo más cercana a ella. El reto en el acto dialogal de la entrevista es expresarse mediante el uso de la lengua, situación que en un principio costaba trabajo a los entrevistados, porque la percepción de la vida, de uno mismo y de los otros, sólo se hace inteligible a uno mismo y a los demás a través de la oralidad o la escritura, es decir de la lengua, por ello el poeta español Pedro Salinas aseveró:

(...) El individuo se posee a sí mismo, se conoce, expresando lo que lleva dentro, y esa expresión sólo se cumple por medio del lenguaje. Ya los filólogos germanos, vieron que el espíritu es lenguaje y se hace por el lenguaje. Hablar es comprender, y comprenderse es construirse a sí mismo y construir el mundo.

Aunque Bourdieu (2013) haya manifestado que ese comprenderse a uno mismo es una ilusión biográfica, más cercana al modelo oficial que al real, pero que puede tomarse literalmente como fragmento de la realidad social. Pues todo científico social no lo sería “si no se supiera que el individuo, la persona, el yo (...) es también la más real, en apariencia, de las realidades (...)”

Esta conceptualización de la ilusión biográfica a la que alude Bourdieu también puede describirse en términos literarios como lo expresa el dramaturgo Pedro Calderón de la Barca en su obra *La vida es sueño* (1999), a través del monólogo de Segismundo, jornada segunda de dicha obra:

(...) pues estamos/ en mundo tan singular,/ que el vivir sólo es soñar;/ y la experiencia me enseña/ que el hombre que vive, sueña/ lo que es, hasta despertar.

Sueña el rey que es rey, y vive / con este engaño mandando,/ disponiendo y gobernando;/ y este aplauso, que recibe/ prestado, en el viento escribe/ y en cenizas le convierte/ la muerte ¡desdicha fuerte!:/ ¿Que hay quien intente reinar/ viendo que ha de despertar/ en el sueño de la muerte?

Sueña el rico en su riqueza, /que más cuidados le ofrece;/ sueña el pobre que padece/ su miseria y su pobreza;/ sueña el que a medrar empieza,/ sueña el que afana y pretende,/ sueña el que agravia y ofende,/ y en el mundo, en conclusión,/ todos sueñan lo que son,/ aunque ninguno lo entiende.

Yo sueño que estoy aquí,/ de estas prisiones cargado,/ y soñé que en otro

estado/ más lisonjero me vi./

¿Qué es la vida?, un frenesí./ ¿Qué es la vida?, una ilusión,/ una sombra, una ficción,/ y el mayor bien es pequeño:/ que toda la vida es sueño,/ y los sueños, sueños son. (p. 88).

Entonces ¿qué grado de verdad biográfica hay en los relatos de los entrevistados? el grado de verdad biográfica es responsabilidad de quien investiga, en este caso de la que suscribe, depende del cuidado que se haya puesto en la preparación de la entrevista, en la interacción con los sujetos sociales, en la habilidad para desentrañar los aspectos significativos del entrevistado, en la manipulación de los datos y el análisis de los mismos.

Fue un desafío situarse frente a materiales discursivos heterogéneos, en donde intervinieron competencias lingüísticas propias de cada individuo, (jergas, influencias dialécticas, caudales léxicos diversos) a lo que se sumaron los acentos y silencios, la memoria y el olvido, los comportamientos (gestos y actitudes) que fueron construyendo intersecciones entre uno y otro individuo, y que a su vez tejieron el sincretismo cultural que imprimió la identidad colectiva en las representaciones sociales.

2.5 Procesamiento de la información

El gran dilema surgió a la hora de plasmar o transcribir esas oralidades extraídas de realidades individuales ¿Cómo se escriben? o ¿Cómo se describen? ¿Cómo interpretar una expresión? ¿Será admiración o interrogación? ¿Qué quitar o qué poner? ¿Qué sentido asignar? ¿Acaso se está exento de encontrar sentidos sin sentido? ¿Será imposible que se encuentren expresiones con palabras a las que el entrevistado les asignó su propio significado, diferente al convencional?

Cuando yo uso una palabra –insistió Humpty Dumpty con un tono más bien desdeñoso- quiero decir lo que yo quiero que diga..., ni más ni menos. Algunas palabras tienen su genio... particularmente los verbos..., son los más creídos..., con los adjetivos se puede hacer lo que se quiera, pero no con los verbos..., sin embargo, ¡yo me las arreglo para tenérselas

tieras a todos ellos!(...) (Carroll, 2004, p. 89)

Estos son los límites casi invisibles entre el análisis social de la realidad en el que se involucra el análisis lingüístico, ¿cómo podía separarlos? ¿cómo asignar sentido a las palabras de una persona y luego a las de otra y después al *corpus* entero que dieran como resultado la realidad social sin tener en cuenta estas consideraciones.

Esta complejidad discursiva se convirtió evidentemente en una invitación a la interpretación del discurso, en la que fácilmente se podía cruzar de la objetividad a la subjetividad, no sólo del entrevistado, sino de quien estaba investigando. Se tuvo que tener cuidado de caer en la tentación de crear ficción, en algo que el informante no quiso decir, pero que se podría interpretar convenientemente.

Se transcribieron en el programa informático *Word* cada una de las entrevistas, las palabras fluían directamente de la boca del entrevistado y quedaban plasmadas en el ordenador, con todo y sus expresiones coloquiales y sus muletillas, se sucumbió a la tentación de quitar, poner o componer la voz del otro.

Después de estas transcripciones se procedió al ordenamiento conceptual y análisis de los datos mediante el software del programa *Excell*. Para conservar el anonimato de los entrevistados cada una de las entrevistas fue identificada con un código específico de acuerdo a las características del tipo de informante que la produjo y a la asignación de un número consecutivo en cada grupo de personas. Las siglas se acompañaban de números para identificar al informante 1, 2, 3... de la siguiente manera:

Grupo	Siglas para codificar	Números	Ejemplos
Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención en CASSAAM	PT	1 al 10	PT1, PT2...
Adultos mayores beneficiarios CASSAAM	AMB	1 al 9	AMB1, AMB2...
Adultos mayores no beneficiarios	AMNB	1 al 5	AMNB1. AMNB2...

Fuente: Elaboración propia.

Asignar estos códigos o siglas para identificar a los informantes, es un acto de honestidad con el que se da cumplimiento al acuerdo de confidencialidad establecido con los informantes desde la aplicación y recopilación de la “Carta de Consentimiento Informado”, Anexo 1, antes referido.

2.6 Análisis de los datos: técnicas y procedimientos de la teoría fundamentada

El análisis de la información de esta investigación se realizó tomando como base el procedimiento establecido en el marco metodológico de la Teoría Fundamentada del que a se reseñan sus orígenes y fundamentos.

En los años sesenta del siglo pasado, en Norteamérica, surge una corriente metodológica para la investigación cualitativa, que fue dada a conocer por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss, con el nombre de Teoría Fundamentada.

Más tarde, la Teoría Fundamentada se diversificó en cuatro tendencias, cada una de ellas con características propias, aunque comparten la misma esencia: Teoría Fundamentada según Glaser; Teoría Fundamentada, según Corbin y Strauss; Teoría Fundamentada Constructivista, según Kathy Charmaz; y finalmente Teoría fundamentada en el Postmodernismo, según Adele Clarke. La orientación de la Teoría Fundamentada utilizada en la presente investigación de acuerdo con los fines que se persiguen, es la postulada por Corbin y Strauss (2012).

Para alcanzar la teoría buscada, el investigador debe recurrir a la manipulación de la información obtenida mediante observaciones, entrevistas u otras técnicas, codificando, haciendo un muestreo teórico y constantes comparaciones, hasta alcanzar la saturación de los datos. La teoría emerge como resultado de la explicación de las relaciones que existen entre las categorías de la realidad estudiada.

El procedimiento para la obtención de la teoría fundamentada parte de la construcción de conceptos que generan las personas que viven las experiencias y que quedan plasmados en los relatos o producciones verbales, en nuestro caso, en las

entrevistas obtenidas de los adultos mayores o los profesionales y técnicos del CASSAAM.

Se codifica la información en conceptos, categorías, propiedades, hipótesis e hipótesis relacionadas. Se realizan comparaciones entre categorías hasta alcanzar la saturación de las mismas. Se llega al punto en donde no hay información nueva que codificar y se determina cuál es la categoría central de la investigación. Se procede a generar teorías sustantivas que explican las relaciones entre las categorías. Finalmente, se validan y confrontan las teorías sustantivas para generar la teoría formal que dé respuesta a la pregunta de investigación.

El procedimiento que Glaser y Strauss (1967) concibieron para la formulación de teoría fundamentada en evidencias aportadas por los datos consistía básicamente en cuatro etapas:

1. Identificar incidentes de los datos aplicables a categorías.
2. Integración de categorías con sus respectivas propiedades.
3. Identificar y dimensionar la teoría.
4. Escribir la teoría.

Las primeras tres de estas cuatro etapas Corbin y Strauss las identifican en su corriente como la fase de codificación, que a su vez se integra por tres momentos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

La codificación abierta va de la descripción, ordenamiento conceptual y reducción de datos, hasta la definición de categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.

En la codificación axial se identifican relaciones entre las propiedades de cada una de las categorías identificadas en el fenómeno y las que se establecen entre dos o más categorías con sus propiedades tomando como elementos básicos para ello, las categorías, sus propiedades y los enunciados que expresan las intuiciones o conjeturas iniciales que comúnmente llamamos hipótesis.

Y por último, en la codificación selectiva se integra la teoría haciendo uso de conjeturas iniciales seleccionadas que han sido identificadas con las evidencias que emergieron de los datos y que se han convertido en teorías sustantivas y que en forma sistemática se organizan en torno a la categoría central para explicar el fenómeno con la mejor exactitud y sustento científico con lo que se generará la teoría formal.

El análisis empleado desde esta metodología tiene como finalidad descubrir en los datos, no inventar, los fundamentos que generarán proposiciones teóricas derivadas de razonamientos inductivos explicativos, no descriptivos, por lo tanto, la finalidad de esta perspectiva de análisis es “ la emergencia de un conjunto de hipótesis conceptuales que puedan dar cuenta de la variedad de acontecimientos y sucesos descritos y (...) por tanto, la elaboración de proposiciones teóricas , que a nivel conceptual puedan explicar los procesos sociales (procesos sociales básicos)” (Trinidad, Carrero y Soriano, 17).

La elección de la teoría fundamentada para el estudio se debe a que esta perspectiva metodológica ha sido de amplia utilidad en estudios realizados con base en la Teoría de las Representaciones Sociales (Campo-Redondo y Labarca, 2009; Escobar, Sosa & Burgos (2010); Bonvecchio, 2011; y Correa & Florez, 2013, Raquimán, 2014, entre otros); por otra parte, Restrepo (2013) estudió la congruencia epistemológica entre esta metodología de análisis y el enfoque teórico marco de este estudio y ha argumentado a favor de la utilidad del mismo para el análisis de contenido y procesual o estructural de las representaciones sociales.

De acuerdo a lo anterior, para proceder al análisis de los datos de este estudio, se realizó la codificación abierta que inició con la definición de las unidades de análisis con que se contaba, de donde se extraerían los elementos que brindarían las evidencias para comprobar o refutar las hipótesis, delimitar los resultados y precisar las conclusiones de la investigación.

Dado que en la investigación se consideró a los profesionales y técnicos del CASSAAM como intelectuales difusores y coproductores del discurso oficial derivado de las recomendaciones y formulaciones que surgieron de las dos Asambleas Mundiales del

Envejecimiento (Viena, 1982 y Madrid, 2002) y de los documentos asociados a ellas, el estudio se fincó en los discursos plasmados en las siguientes unidades de análisis:

- *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento* (OMS, 1982)
- *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (ONU, 2002).
- *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate* (OMS, 2001).
- *Envejecimiento activo: un marco político* (OMS, 2002).
- Entrevistas a profundidad

Después, se procedió a la descripción, ordenamiento conceptual y a la identificación de las categorías y sus propiedades, el proceso antes referido se realizó en primera instancia en los documentos fuente que impulsan a nivel mundial las políticas para el envejecimiento, los derivados de las dos asambleas mundiales sobre envejecimiento, después se hizo lo mismo con las demás unidades de análisis. En los discursos de las cuatro primeras unidades de análisis antes mencionadas, hubo que delimitar y distinguir únicamente las categorías relacionadas al fenómeno de la salud en la vejez.

Después se ubicaron las categorías identificadas en los documentos fuente, en las entrevistas de los profesionales y técnicos, luego en las de los adultos mayores beneficiarios del CASSAAM y finalmente en las de los adultos mayores no beneficiarios. Se realizó el ordenamiento conceptual y la reducción de datos, hasta llegar a la definición del total de categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.

En la definición de categorías, sus propiedades y dimensiones, se verificó la existencia de dos categorías eje (salud y vejez) alrededor de las cuales se desentrañaban las demás categorías que tal vez pudieran considerarse subcategorías o propiedades de las categorías eje, pero que para facilitar el análisis, se decidió ubicarlas como categorías “independientes”, con sus propias propiedades, valga el término, aunque una independencia pura no exista.

De acuerdo a esto, el esquema que consignó el total de categorías, subcategorías y propiedades quedó conformado de acuerdo a lo expuesto en la siguiente tabla.

Tabla 1. Categorías y propiedades

Categoría eje 1

Categoría eje y sus propiedades	Categorías complementarias y sus propiedades
<p>Salud</p> <p>(Atención – Autocuidado – Independencia – Estilo de vida)</p> <p>*Dimensión: Conocimiento</p>	<p>Participación (social, cultural y recreativa, religiosa y toma de decisiones)</p>
	<p>Entorno (Adaptación de la vivienda y adaptación comunitaria)</p>
	<p>Familia (Fomento de la unión familiar y apoyo social)</p>
	<p>Ingresos (Empleo, jubilación, pensiones no contributivas, carga de la dependencia, seguridad social)</p>
	<p>Educación (capacitación y readiestramiento para el trabajo, educación para la salud, educación para todos sobre envejecimiento, viejos sabios educadores, educación continua.</p>
	<p>Bienestar emocional (calidad de vida, apoyo tanatológico, espiritualidad, respeto, seguridad)</p>
	<p>Redes sociales (redes sociales, solidaridad intergeneracional, ayuda mutua)</p>
	<p>Maltrato (discriminación, abandono, violencia, y abuso, estereotipos)</p> <p>Género (ingresos, viudez, discapacidad, abuso, violencia y maltrato, estereotipos)</p>

Fuente: Construcción propia con base en Moscovici, 2000.

Se observó que las categorías obtenidas en los documentos de las primeras unidades de análisis no abarcaban la totalidad de los contenidos obtenidos en la última unidad de análisis, las entrevistas, por lo que hubo necesidad de asentar nuevas categorías que claramente emergían del discurso de los informantes.

Tabla 1 bis. Categorías y propiedades

Categoría eje 2

Categoría eje y sus propiedades	Categorías complementarias y sus propiedades
<p>Vejez (Concepto) Dimensiones: Campo o imagen y actitud</p>	<p>Imagen (imagen de la vejez, recuerdos de viejos, Influencia de películas o canciones, viejo sano y viejo enfermo) Actitud (trato hacia los viejos, convivencia con los viejos, la vejez en mi persona)</p>

Fuente: Construcción propia con base en Moscovici, 2000.

Como se observa en las dos tablas anteriores, las categorías se clasificaron agrupándolas en cada una de las tres dimensiones que componen las representaciones sociales: conocimiento, campo o imagen y actitud.

Una vez asentadas las categorías eje y complementarias, así como sus propiedades, se procedió a la extracción de contenidos y reducción de los datos, para lo que se seleccionaron los textos extraídos de las unidades de análisis (documentos de OMS y ONU, así como entrevistas) para dar cuerpo cada categoría y sus propiedades, el resultado de este procedimiento está plasmado en el Anexo 3 bajo la denominación “Análisis textual de contenido”

Con los textos consignados en el Anexo 3 antes referido, se diseñó el esquema denominado Tabla 2 “Concentrado de análisis de contenido” en donde se registraron las alusiones a las categorías que se encontraron en cada una de las unidades de análisis.

Tabla 2. Concentrado de análisis de contenido

Informante	Documentos		Profesionales y Técnicos										Adultos Mayores beneficiarios									Adultos Mayores no beneficiarios													
	ONU	OMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	1	2	3	4	5	%						
DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO																																			
Salud																																			
a) Concepto													100															89							0
b) Atención													20															22							0
c) Autocuidado													30															67							40
d) Independencia o funcionalidad													60															67							60
e) Estilo de vida													40															44							20
Participación																																			
a) Cívica													0															0							0
b) Social													20															56							20
c) Cultural y Recreativa													10															44							0
Entorno																																			
a) Adaptación a la vivienda													20															0							0
b) Adaptación al entorno comunitario													20															0							0
Familia																																			
a) Fomento de la unión familiar													30															44							40
b) Apoyo social													0															11							0
Ingresos																																			
a) Empleo													30															0							0
b) Jubilación													20															22							20
c) Pensiones no contributivas													0															11							0
d) Carga de la dependencia													0															0							0
e) Seguridad social													10															0							0
Educación																																			
a) Educación para la salud													0															22							0
b) Educación para todos sobre envejecimiento													0															0							0
c) Viejos sabios educadores													80															11							0
d) Educación continua													20															33							20
Bienestar emocional																																			
a) Calidad de vida													0															22							0
b) Apoyo tanatológico													10															11							0
c) Espiritualidad													10															22							80
d) Respeto													50															11							0
e) Seguridad													10															22							20
Redes Sociales																																			
a) Redes sociales													10															11							20
b) Solidaridad intergeneracional													0																						
c) Ayuda mutua													0															11							
Género																																			
a) Ingresos													0															0							0
b) Viudez													0															0							0
c) Discapacidad													0															0							0
d) Abuso, violencia y maltrato													0															0							0
e) Estereotipos													0															0							0

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

En la tabla anterior se registró cuáles categorías fueron referidas por unidad de análisis o informante, en donde los recuadros sombreados corresponden a las categorías mencionadas en los documentos fuente o enunciadas por los informantes.

Como se observará a continuación, en una matriz aparte, identificada como Tabla 3 “Concentrado de análisis de contenido considerando las categorías con mayor carga subjetiva” se consignaron los resultados obtenidos en la codificación abierta, con relación a las categorías en las que se verificaba una toma de postura (a favor/en contra, positivo/negativo) de los informantes acerca de la salud en la vejez o de la propia vejez.

Tabla 3. Concentrado de resultados del análisis de contenido considerando las categorías con mayor carga subjetiva

Informante	Documentos		Profesionales y Técnicos										Adultos Mayores beneficiarios									Adultos Mayores no beneficiarios																									
	ONU	OMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	1	2	3	4	5	%																		
DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO																																															
Maltrato																																															
a) Discriminación				X					X		X	X	40	X			X		X												33																0
b) Abandono, violencia y sufrimiento										X	X	10	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	44	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	80	
c) Abuso										X	X	10									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11															0
d) Estereotipos				X								10																				0															0
Vejez																																															
a) Concepto												0								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	60			
DIMENSIÓN DE LA IMAGEN																																															
Imagen																																															
a) Influencia de películas o canciones												0																		0															0		
b) Viejo sano												0																			0															0	
c) Viejo enfermo												0																			0															0	
d) Imagen de la vejez												0																			0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	40		
e) Recuerdos de viejos												0				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	44	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	40		
DIMENSIÓN ACTITUD																																															
Actitud																																															
a) Trato hacia los viejos				X	X	X				X	X	50									X	X	X	X	X	X	X	X	X	11															0		
b) Convivencia con los viejos												0																			0															0	
c) La vejez en mi persona												0																			0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	60		
Porcentaje total de la visión negativa												14																			21															34	

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

En esta última Tabla 3 también se marcó el recuadro con una equis (X) cuando la alusión se realizaba con sentido negativo de la salud en la vejez o de la propia vejez. Es decir, podían existir alusiones a las categorías con percepción positiva o negativa, la positiva sólo se sombreaba, la negativa, se sombreaba y además se marcaba con una equis (X).

Posteriormente a estos primeros registros del análisis de contenido, con la información de las Tabla 2, se construyó otra matriz, Tabla 4 “Concentrado de total de alusiones a cada categoría según grupo de informantes”, expuesta a continuación, que

serviera para puntualizar las observaciones realizadas y concretar con mayor claridad la siguiente etapa del procedimiento, la codificación selectiva. Para el diseño de esta Tabla 4, se contabilizaron las alusiones totales a cada categoría por informante y luego por cada grupo de informantes.

Ejemplo: En la Tabla 2 se observa que en la categoría salud, subcategoría concepto, todos los informantes del grupo *Profesionales y Técnicos* aludieron a esta categoría en el mismo sentido vertido en los documentos OMS/ONU y en congruencia con el concepto salud elegido para esta investigación (*Infra*, 31), por lo tanto en la Tabla 4 se registraron 10 alusiones a dicha categoría por parte de este grupo (todos los informantes), ocho alusiones de los *Beneficiarios CASSAAM* (*informantes 1,3,4,5,6,7,8 y 9*) y cero alusiones de los *No beneficiarios*.

En el ejemplo anterior, al descubrir que en la categoría *Salud*, con su subcategoría *Concepto*, tan relevante para este estudio, el Beneficiario CASSAAM informante 2, se desvió de las regularidades discursivas de su grupo, por lo que se tomó la decisión, desde ese momento, de excluirlo del grupo *Beneficiarios CASSAAM* e integrarlo al grupo de *No beneficiarios*, con quienes compartía similares regularidades discursivas, de acuerdo a esto y al comportamiento individual de este informante en las demás categorías (ver Tabla 2).

Tabla 4. Concentrado del total de alusiones a cada categoría, según el grupo de informantes

Informante	Profesionales y Técnicos	Posición de la categoría de acuerdo al número de alusiones	Adultos Mayores beneficiarios (excepto informante 2)	Posición de la categoría de acuerdo al número de alusiones	Adultos Mayores no beneficiarios e informante 2 beneficiario	Posición de la categoría de acuerdo al número de alusiones	Total
Salud							
a) Concepto	10		8		0		18
b) Atención	2		2		1		5
c) Autocuidado	3		6		1		10
d) Independencia o funcionalidad	6		6		3		15
e) Estilo de vida	4		4		1		9
Subtotal	25	1	26	1	5	1	56
Participación							
a) Cívica	0		0		0		0
b) Social	2		4		2		8
c) Cultural y Recreativa	1		3		1		5
Subtotal	3	6	7	2	3	2	13
Entorno							
a) Adaptación a la vivienda	2		0		0		2
b) Adaptación al entorno comunitario	2		0		0		2
Subtotal	4	5	0		0		4
Familia							
a) Fomento de la unión familiar	3		4		2		9
b) Apoyo social	0		1		0		1
Subtotal	3	6	5	4	2	3	10
Ingresos							
a) Empleo	3		0		0		3
b) Jubilación	2		2		1		5
c) Pensiones no contributivas	0		1		0		1
d) Carga de la dependencia	0		0		0		0
e) Seguridad social	1		0		0		1
Subtotal	6	4	3	5	1	4	10
Educación							
a) Educación para la salud	0		2		0		2
b) Educación para todos sobre envejecimiento	0		0		0		0
c) Viejos sabios educadores	8		1		0		9
d) Educación continua	2		3		1		6
Subtotal	10	2	6	3	1	4	17
Bienestar emocional							
a) Calidad de vida	0		2		0		2
b) Apoyo tanatológico	1		1		0		2
c) Espiritualidad	1		2		4		7
d) Respeto	5		1		0		6
e) Seguridad	1		2		1		4
Subtotal	8	3	8	2	5	1	21
Redes Sociales							
a) Redes sociales	1		1		1		3
b) Solidaridad intergeneracional	0		0		0		0
c) Ayuda mutua	0		2		0		2
Subtotal	1	7	3	5	1	4	5
Género							
a) Ingresos	0		0		0		0
b) Viudez	0		0		0		0
c) Discapacidad	0		0		0		0
d) Abuso, violencia y maltrato	0		0		0		0
e) Estereotipos	0		0		0		0
Subtotal	0		0		0		0

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

Para concluir la codificación abierta, en otra matriz, Tabla 5 “Resultados por informante y su vinculación con otras variables”, se vinculó el total de las alusiones a las categorías realizadas por cada informante, con otras variables obtenidas durante la recopilación de la información.

Tabla 5. Resultados por informante y su vinculación con otras variables

Informante	Total de categorías o subcategorías	Tiempo de estancia en el CASSAAM	Formación académica	Formación como cuidador de adultos mayores o promotor gerontológico
ONU/OMS	40	No aplica		No aplica
Profesionales y técnicos				
1	15	3 años y 9 meses	Licenciatura	No aplica
2	11	3 años y 9 meses	Licenciatura y diplomado	No aplica
3	13	3 años y 9 meses	Maestría y diplomados	No aplica
4	13	3 años y 9 meses	Carrera técnica y diplomado	No aplica
5	13	3 años y 9 meses	Maestría	No aplica
6	13	3 años y 9 meses	Licenciatura y diplomado	No aplica
7	20	3 años y 9 meses	Lic., espec., y diplomados	No aplica
8	14	3 años y 9 meses	Lic., espec., y diplomados	No aplica
9	19	1 año y 2 meses	Licenciatura y especialidad	No aplica
10	14	3 años y 9 meses	Licenciatura y maestrías	No aplica
Adultos Mayores Beneficiarios				
1	10	9 meses	Primaria	No
2	9	1 mes	Primaria trunca	No
3	22	1 año	Carrera técnica	Sí, promotor
4	16	1 año y 5 meses	Primaria	No
5	14	3 meses	Primaria	No
6	8	3 meses	Primaria	No
7	15	3 meses	Primaria trunca	No
8	26	1 año y el meses	Carrera técnica	Sí, promotor y cuidador
9	13	4 meses	Secundaria	No
Adultos Mayores no Beneficiarios				
1	11	No aplica	Primaria trunca	No
2	10	No aplica	Primaria trunca	No
3	13	No aplica	Licenciatura	No
4	10	No aplica	Carrera técnica	No
5	13	No aplica	Carrera técnica	Sí, cuidador (ISSSTE)

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

Con todos los elementos aportados en las tablas 1, 1 bis, 2, 3, 4 y 5, derivados de la codificación abierta, se logró dar paso a la codificación axial. Fue entonces cuando se distinguieron las relaciones entre las categorías y sus propiedades analizadas, y surgieron los primeros resultados.

Ya en la codificación selectiva se procedió a obtener las primeras intuiciones, comenzaron a emerger y se fueron redactando en enunciados simples. Se generaron las comprobaciones o refutaciones a las conjeturas o supuestos hipotéticos que guiaron la investigación y finalmente se obtuvieron las conclusiones y aportes del estudio.

La información generada como producto de la codificación axial y selectiva, no se mencionan en este apartado, puesto que su enunciación da cuerpo al siguiente capítulo, pues en éste se asientan los hallazgos obtenidos producto del análisis de la información.

Capítulo 3. Hallazgos de la investigación

En esta sección se abordan los resultados y conclusiones del estudio que se obtuvieron a través de las etapas metodológicas de análisis denominadas codificación axial y codificación selectiva.

Los resultados se integran con proposiciones básicas enunciadas para conducir el razonamiento hacia la obtención de argumentos confiables que evidencien las conclusiones del estudio. Se parte de ideas generales que fueron surgieron en el desarrollo de la codificación abierta revisada en el capítulo pasado, y que ahora son fundamentales para comprobar o refutar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación.

Después, en las conclusiones, se hace una selección de las premisas enunciadas en el apartado de resultados, y se construyen los silogismos que comprueban o refutan los supuestos hipotéticos, surge la tesis y se valora la obtención del objetivo del estudio, además de exponer sucintas discusiones sobre los hallazgos.

Por último, se abordan las limitaciones e inquietudes que el estudio presenta, con la finalidad de dimensionar los aportes y alcances de este ejercicio intelectual.

3.1 Resultados

En la codificación axial se redactaron los enunciados derivados tanto del análisis del contenido discursivo, como de la estructura de las representaciones sociales.

Con base en los datos obtenidos tanto de los textos del Anexo 3, como de las tablas 2, 3, 4 y 5 antes revisadas, se generaron las siguientes conjeturas que constituyen los resultados del análisis de contenido discursivo.

El discurso de los profesionales y técnicos del CASSAAM relacionado con la categoría *salud*, y sus subcategorías vinculadas con *vejez* es, en términos generales, acorde a lo establecido por la OMS y la ONU y con el concepto de salud seleccionado para esta investigación (*Infra*, 31).

Organismos internacionales

"(...) la salud, es decir, el estado de total bienestar físico, mental y social" (ONU, 1982, p. 22)

"(...) más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales" (ONU, 1982, p. 22)

"(...) las enfermedades no han de ser necesariamente elementos básicos del envejecimiento" (ONU, 1982, p. 22)

"La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedad" (ONU, 2002, p. 29)

Profesionales y técnicos CASSAAM

"(...) La salud es el estado físico equilibrado por una homeostasis en el cual puede ser espiritual como físico, donde se regulan órganos y sistemas" (TP 1)

"Salud, mmm..., pues es un estado, un estado bien del organismo, pues sí, del organismo del ser humano... tener el deterioro normal, vaya, por envejecimiento, de alguna manera nos vamos deteriorando... tener deterioro que es por naturaleza" (PT2)

"Salud es un estado de bienestar, va más allá de la parte física, en donde también entran los conceptos de estar bien como ser humano, de bien ser, entonces la salud va más allá de las enfermedades y donde la persona aún con sus enfermedades, puede y debe, seguir adelante tomando decisiones, y haciendo sus cosas por sí mismo" (PT3)

"La salud (...) es buscar ese equilibrio(...) Sabes que puedes tener diabetes, hipertensión o depresión, pero si todas las decisiones que estás tomando son las correctas para que se mantengan estables, pues vas a estar sano, saludable" (PT4)

"La salud es el máximo beneficio que una persona puede tener en el aspecto físico, biológico y social" (PT5)

"Es un estado en el que un individuo está plenamente en lo físico, emocional, social y que se siente un individuo capaz de desarrollarse laboralmente desarrollos en su seno familiar" (PT6)

"(...) un equilibrio excepcional, "(...) un equilibrio familiar decente (...) un equilibrio familiar, tanto con (...) pareja como con tu medio externo" acumular (...) experiencias, de vivencias, tanto positivas como negativas (...) experimentar muchas cosas (...) ir perdiendo capacidades funcionales por los cambios naturales del envejecimiento que son los menos, pero cuando va agregado de enfermedades, estos cambios se hacen mucho más finos y mucho más conscientes (...) es un proceso natural, es un proceso del ciclo de vida" (PT7)

"(...) es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad. Yo considero que es llegar a tener determinada edad o llegar a un equilibrio en el cual tú te mantengas en tu estado de bienestar, tu estado de bienestar, tanto mental como emocional, como biológico, pero también del ambiente (...) Salud en la vejez, yo considero que es el poder tener hasta enfermedades crónicas controladas, no terminales, bien controladas..." (PT8)

"Pues es mantener el cuerpo, la mente y el alma en buen estado, o lo mejor que se pueda. La salud en la vejez, difícilmente nuestros adultos mayores llegan a tener salud al 80 - 90%, pero sí los hay. La salud en la vejez es mantener las enfermedades que ya se tienen y pues tratar de controlar, que viene siendo casi lo mismo" (PT9)

"Salud es encontrar el equilibrio entre todas las esferas de nuestra persona, tanto biológicas, sociales, psicológicas y espirituales. Es encontrar el equilibrio, no sólo es la ausencia de enfermedad. Ese equilibrio que también incluye el tener control de las enfermedades... nos enfrentamos con el curso del tiempo y con el deterioro normal de la vejez" (PT 10)

La influencia del discurso de los profesionales y técnicos del CASSAAM se ve reflejada en mayor o menor grado en la mayoría de los beneficiarios CASSAAM.

"Es no estar mal de nada, no dolernos nada (...) en la vejez ya tenemos muchas enfermedades, y lo que hay que hacer es controlarlas" (AMB1-9 meses)

"La salud es que tenga mis enfermedades controladas, o tenerlas controladas, que no me sienta yo enferma, y para eso necesito estar activa (...)" (AMB3-1 año)

"Salud, tomar mis medicinas, mis medicamentos a mis horas, aplicar insulina como la debo aplicar diario, cuando tengo que hacerme mi prueba de glucosa, hacerla dos veces por semana y comer sano. Para mí eso es salud" (AMB4- 1 año 5 meses)

"(...) es yo creo que lo más maravilloso que nos puede pasar a los seres cuando ya somos viejos. El tener las menos enfermedades crónicas o tenerlas controladas, los menos achaques que nos limiten" (AMB5-3 meses)

"(...) que no me duela nada, que no me duela nada" (...) simplemente con que pueda caminar, que no necesite el bastón, que no ande en silla de ruedas, pues con eso se entiende que anda uno bien" (AMB6-6 meses)

"(...) salud, pues estar bien, estar bien en todos los aspectos, física, mental (...) se nota en manera de ser, en su manera de comportarse, de que está contenta, de que si le gusta arreglarse (...)" (AMB7-6 meses)

"(...) [la salud en la vejez es] Precaria, o sea, si tiene un adulto mayor un 70% de su salud estamos del otro lado, pero si te das cuenta, tengo los porcentajes pero no tengo anotado, no me esperaba esto, hipertensión y diabetes son los principales y ya si te tomas más de tres medicamentos diarios ya es una cascada o sea porque ya es polifarmacia(...) sí se puede ser sano en la vejez(...) cuidándose, controlándose las enfermedades" "(...)Sí se puede, si se puede [ser sano en la vejez] Estando documentado, que te expliquen ¿Qué me va a pasar si hago esto o el otro o aquello? (...) que se valga por uno mismo" (AMB8-1 año 2 meses)

"La salud en la vejez, pues es de que uno tiene que valerse por sí mismo, y bañarse todos los días y bañarse, asearse, andar limpio, para que no decaigamos más en lo que es la vejez (...) que ya está uno viejito y ya tiene uno limitaciones en su cuerpo, en hacer cosas que ya no se pueden hacer" (AMB9-4 meses)

Solamente uno de los beneficiarios CASSAAM, el informante AMB2, que tenía un mes de estancia en el Centro, mucho menos tiempo del que tenían los demás informantes beneficiarios, maneja un concepto de salud alejado del resto de personas de su grupo y su definición se acerca más al discurso de los no beneficiarios CASSAAM.

Informante AMB-2

"La salud es una cosa maravillosa (...)" "véame a mí, sonriente. Yo soy sonriente, me quiere mucha gente, de veras(...)" ""(...) yo también siento mal cuando una persona está que ya no puede no moverse, entonces hay enfermos, si está enferma y además está sufriendo y que no puede hacer nada, le niegan lo que está pidiendo, ya no la quieren, vaya, estorba" "(...) "Veo por ejemplo pensamientos, cómo tratan al viejo. Yo mismo lo estoy viviendo. Tienen problemas porque los corren de su casa los mismos hijos, les golpean los hijos, a los padres. Ya con su huella les quitan sus pertenencias, hasta la pensión se las han quitado." (AMB2-1 mes)

No beneficiarios CASSAAM

"Temor a enfermedades graves, depende uno de los demás, tristeza, soledad, no valerse por uno mismo, impotencia, incomprensión, falta de reconocimiento (...) malos ratos, malos pasos a veces, pero pues gracias a Dios los podemos sobrepasar (...) (...) el ya no poder servir como servía uno antes. El no poder caminar como antes, el oído también nos falla, la vista y muchas otras cosas. Se nos vienen las enfermedades, "Camina uno mal. No hace uno ejercicio, y nos cuesta más trabajo hacer las cosas" " (AMNB1)

"No sé, será depende de lo que sufra uno (...)" "(...) vivir la vida como Dios me la dé, "(...) se ve acabada, aburrida, se fastidia de todo. Pues yo creo que según la haiga vivido, bien, pues bien." (AMNB2)

"... da miedo el futuro (...) es muy importante poner atención a tu salud. No dejarte deprimir fácilmente, porque en esta etapa tiende uno a deprimirse si te sientes sola (...) Te vuelves más sensible." (AMNB3)

"llega uno a hacerse uno no independiente... no quiero ser una carga para mis hijas, sobre todo para mis hijas" "llega uno a hacerse (...) un estorbo hacia la familia, "(La salud se refleja] en su carácter, en su manera de ser, su alegría, no, su alegría, sobretodo su amabilidad, pues son muchas cosas que la identifican" (AMNB4)

"(...) el deterioro del cuerpo, de los órganos, hablando biológicamente (...) Es estar, pues, avanzada de edad, tener una edad pues ya adulta, según como lo quiera uno ver ¿no? Sí es sentirse viejo o estar viejo, estar viejo, pues es tener bastantes años ya de edad, y sentirme viejo es cómo vea la vida yo(...) muchos cambios tanto físicos, como psicológicos(...) (AMNB5)

La representación social de la salud en la vejez de los informantes no usuarios CASSAAM está más cargada de estereotipos negativos en comparación con los otros dos grupos control, pues el 34% sus alusiones a las categorías con mayor carga subjetiva fueron en sentido negativo, en comparación con un 21% de los beneficiarios CASSAAM y un 14% de los profesionales y técnicos (Tabla 3). El 60% de los no beneficiarios CASSAAM consideran que la vejez en su propia persona, desde su experiencia es negativa, triste, a diferencia con los beneficiarios CASSAAM quienes perciben su propio envejecimiento como algo natural, ni bueno, ni malo, algo que tiene que pasar y hay que cuidarse e irlo sobrellevando"

No Beneficiarios CASSAAM

Abandono, violencia y sufrimiento

"me quedé sola..." "A lo menos que se acordaran que estoy aquí mis hijos... cuando menos que vinieran a saludar" (AMNB1)

"(...) tratarlos bien, no ser groseros con ellos, pues también para que ellos no les respondan mal. Los trata uno mal, pues claro que se tienen que defender, ¿no?(...) que no sean groseros conmigo," (AMNB2)

"Ahora por la, tanta prisa que se vive(...) sufren maltrato emocional porque no les hacen tanto caso" (AMNB3)

"(...) a pesar de tantos pesares y sufrimiento" "llega uno a hacerse(...) un estorbo hacia la familia" "(...)hace poco tuve un altercado con una fulana que vende tacos(...) mi impotencia de no poderle soltar un golpe ¿no? Yo lloré de coraje ¿no?(...) Porque yo sé que estoy mal de mis manos, de la columna, y como se lo dije a ella: "si no te doy un mal golpe, porque la que va ir a la cárcel, vas a ser tú". Le digo: "en primera porque estoy mal de mi columna, y tú sabes cómo ando de mis manos, pero no por

eso abuses", y yo también le contestaba con palabras fuertes ¿me entiendes?, y sí, yo reconozco que lloré de miedo, de miedo y de impotencia de no poderle dar" (AMNB4)

Vejez – Concepto

"(...)es un paso importante porque ya vivimos, tenemos ciertas experiencias, ciertas convivencias con la familia. Pues malos ratos, malos pasos a veces, pero pues gracias a Dios ya los pudimos sobrepasar(...) Cansado(...) Soledad(...) el ya no poder servir como servía uno antes. El no poder caminar como antes, el oído también nos falla, la vista y muchas otras cosas. Se nos vienen las enfermedades" (AMNB1)

"No sé, la vejez será depende de lo que sufra uno(...)" (AMNB2)

"Es un cúmulo de experiencias. Haber pasado varias etapas de la vida(...) da miedo el futuro(...) cuidarse en esa etapa de la vida, tus emociones, es muy importante poner atención a tu salud. No dejarte deprimir fácilmente, porque en esta etapa tiende uno a deprimirse si te sientes sola(...) Las características de la vejez son, pues diferentes emociones, esa es una. Otra es la salud(...) .Te vuelves más sensible." (AMNB3)

Imagen de la vejez

"Pues a veces cuando uno ya está grande, ya es uno muy terco, muy apático más que todo" (AMNB1)

"Érase una vez un viejo...pues lo vería con su bastoncito, tratando de salir adelante, o con su andadera y caminando lentamente...pensando mucho en el pasado ¿no; pensando mucho en sus, en que todo el tiempo pasado fue mejor, pero pues yo creo eso es lo que pensamos (...)" (AMNB5)

Recuerdos de los viejos

"(...) mi papá. Muy enérgico, él ya era grande y antes no teníamos tanta comodidad (...) aprendí a trabajar por él, porque a mí no me, como le digo, antes no teníamos tanta comodidad y por él yo sé hacer un tercio de leña, tomo un hacha, sé partir leña, sí, hasta aparejar un animal. Yo tenía 11 años, era ya grande, pues se le junto mucho las enfermedades graves, y su actitud, pues él fue siempre muy trabajador, muy, no me faltaba nada. Pues antes era muy raro que uno asistiera a un médico, simplemente decía uno, pues me duele, hasta eso, la panza, no había tanta ciencia como ahora. Murió como de 78 años(...) nunca supimos de qué, porque él nada más como que fue perdiendo un poco su actividad, ya no pudo hacer nada" (AMNB1)

"Me acuerdo mucho de mi abuelita, no, de mi abuelita que me enseñó a guisar, me enseñó a hacer aseo, que le daba cuerda a su reloj, y que me regalaba que la blusita, el suetercito (...) yo tenía como 12 años, 13 años, y muchas cosas de ella las recuerdo y me marcaron en mi vida (...) era una mujer dura, pero dentro de esa dureza demostraba su cariño, no agrediendo, sino secamente, pero si demostraba su cariño. Pero era una mujer muy seca, dura y no sin muchas palabras, muy callada, muy callada, y pues así (...) Yo tendría como 18 años cuando ella... tendría como 60 70 años, no recuerdo muy bien (...) era trabajar, el luchar. Lo único que tengo mucho en la mente, es que un día me platicó mi mamá, que cuando escuchó la canción esa, de cuando "aparezcan los hilos de plata en tu juventud", se puso a llorar y llorar, porque a ella le empezaban a salir las primeras canas, y yo creo que sentía que era, como ya se le, como que ya entraba en la vejez, que ya su juventud se estaba quedando atrás. Una pérdida muy grande para ella, fue eso (...) conviví con ella, conviví más con ella que con mi mamá, porque mi mamá trabajaba, yo viví más tiempo con ella, y te digo, la religión, sus costumbres, su manera de guisar, su manera de hacer el aseo, y eso de ese reloj que tanto me marcó, siempre pedí comprar un reloj de esos para darle la cuerda, que veía como ella le daba" (AMNB5)

Vejez en mi persona

"Pues yo creo que sí [estoy vieja] Pues ya, ya, ya tengo aires pasados. [Me di cuenta de que estaba vieja] cuando se fue mi esposo, hace ocho años (...) Sí [estoy sana] porque le digo, yo todavía me puedo mover, yo misma hacer mis cosas. Yo lavo, plancho, coso, hago la comida, lo que más se puede. Sí padezco de presión alta y las piernas no me ayudan mucho, pero pues todavía me defiendo (...) Ya no

[quisiera vivir] [el tiempo que me quede vivir quisiera estar] un poco más sana. Sin dar molestias, más que todo, eso. No me gustaría darle molestia a mi hija, ni que tuviera yo que recargarme mucho en ella ...yo no me quisiera hacer más vieja de lo que estoy, por no querer causar, si usted quiere lástima, o porque me doliera mucho ser inservible" (AMNB1)

"(...) vivir la vida según como vengan, ¿no? No [me siento vieja] Nomás ahorita porque estoy mala de mi pierna. Siempre me he sentido bien(...) Pus sí [estoy sana] Nomás la pierna, es lo único que tengo mal. Y eso porque me aventó un carro, antes de milagro no me mató. Y lo único que tengo es la pierna, porque todo lo demás, las operaciones me salieron bien. Y lo único es la pierna, nada más, es lo único con que batallo (...) si, donde quiera andaba yo, muy contenta, no tenía problemas de nada. No he sido grosera, siempre he respetado yo a las personas(...) [me gustaría vivir] pues según lo que Dios me dé, pus sí porque lo he vivido bien, contenta, bien a gusto, no he estado aburrida de la vida, he estado muy contenta, y la he vivido muy bien, muy contenta, muy contenta. Muy feliz (...) [el resto de mi vida me gustaría vivir] igual, bien. Que me respeten y yo los respeto y vivir sin enfermedades. La enfermedad es lo que lo acaba a uno (...) como yo no soy grosera, tampoco que sean groseros. Que me respeten y yo los respeto también (...) yo sólo quisiera estar sana y ya. Con eso, con que no tuviera yo nada. Que no estuviera enferma ya (...) [Que me recordaran] bien, pues sí, porque yo no soy grosera ni maltrato a nadie, yo creo bien" (AMNB2)

"(...) No, todavía no, todavía no [me siento vieja] pues entre sí y no [estoy sana] Porque por mis articulaciones, mi mala circulación de piernas, y porque me encanta mucho el baile, y por eso me siento mal, pues ya no puedo bailar. Trato, trato de hacerlo, pero no, ya me cuesta mucho trabajo (...) 75 a 80 de edad [me gustaría vivir] la verdad (...) no quiero ser una carga para mis hijas, sobre todo para mis hijas. [Me gustaría vivir] pues rodeada de aprecio, de atenciones de mis hijas, de mis nietos, como lo estoy viviendo (...) [Que me traten] con respeto, con respeto (...)" (AMNB4)

Beneficiarios CASSAAM

Maltrato - Discriminación

"(...)yo también siento mal cuando una persona está que ya no puede no moverse, entonces hay enfermos, si está enferma y además está sufriendo y que no puede hacer nada, le niegan lo que está pidiendo, ya no la quieren, vaya, estorba" (AMB2-1 mes)

"(...) a veces la gente grande deja de tener interés para la gente, de mediana edad o joven o muy jóvenes, son muy ignorados, me imagino" (AMB5-3 meses)

"(...) la gente joven no tiene la paciencia para escuchar a las personas mayores" (AMB7- 3 meses)

Abandono, violencia y sufrimiento

"Veo por ejemplo pensamientos, cómo tratan al viejo. Yo mismo lo estoy viviendo. Tienen problemas porque los corren de su casa los mismos hijos, les golpean los hijos, a los padres. Ya con su huella les quitan sus pertenencias, hasta la pensión se las han quitado. Pero desgraciadamente no entiende la gente y no quiere proceder en contra de ellos. Les están quitando todo. Tengo un amigo que tiene 32,000 pesos en pensión y se lo quitó su nuera, y su hijo le quitó su casa. Esas son cosas, son fuertes eh, pero existen" "hay muchas quejas, pero cuando se puede se les ayuda y cuando no, no. Cuando están tomados y dices: "pues tú me dijiste..." Vamos a levantar un acta y ¿quieres que te lleve así como estás tomado? ¿Qué te pasó?, pues no ves cómo me pegaron mis hijos. Por algo les pegan, algo les hicieron. Por eso echan montón, el que va a acabar en la delegación eres tú, que no estás consciente de lo que estás haciendo. Los ves que están ahí chillando, hay una piedra en la banqueta, no pues mire, ya mis hijos me sacaron de la casa. Y ya me empiezan a contar su vida. Y no hay construcción, son jacalitos de lámina de cartón. Yo ese lo compré con mi trabajo, yo lavo y plancho, me hice de mi terrenito y ahora mis hijos me sacan porque tienen fiesta, pero de puro vicio. Se juntan los viciosos ahí con él, puro marihuano. Pero no es que estén conviviendo en una cosa sana, sino pura droga. Le digo, si quiere ahorita vamos y le sacamos a todos los que están ahí, y no quieren, ¿por qué?, mientras que no haya voluntad de la persona, no se puede hacer nada" (AMB2-1 mes)

"Bueno, a veces se siente uno solito, porque los hijos tienen ya sus obligaciones, tienen que salir a trabajar (...)" (AMB3-1 año)

"(...) yo siento como que no me da el tiempo que yo como esposa necesito (...) que no haya violencia ni con los hijos, ni el esposo, ni con nadie. Que no nos maltraten, que no nos humillen, que nos den el trato que debe de ser (...)" (AMB7-3 meses)

"Yo recuerdo a mi mamá, a mi papá que este, todas las hermanas trabajábamos y los abandonamos, los abandonamos porque yo también trabajaba, y los abandonamos mucho tiempo, y ya cuando los vimos estaban muy mal ya. Ya fue cuando nos empezamos a acercar con ellos (...) [a mi papá] le dio cáncer de pulmón y ya cuando lo quisimos ver, ya fue demasiado tarde porque si los abandonamos. Ellos estaban solitos en su casa y cuando teníamos tiempo, pues los íbamos a ver" (AMB9-4 meses)

Abuso

"¿Qué pasa ahorita con las tarjetas de despensa? (...) yo sin haber hecho una encuesta estoy segura que el 90% de esos adultos mayores tienen esa tarjeta para complacer a los hijos, a las hijas y a los nietos, porque yo lo veo. El día que es de cambiar en los *súpers* de ir a sacar su despensa: los tenis, los *shampús*, los tintes, va la hija consintiendo a la mamá viejita o a la abuelita viejita y ya que salen con el carro lleno, ya, ya pagó la viejita y ora si "¡¡Apúrate mamáaa!! ¡¿No ves que me está esperando mi esposo?!" Me tocó ver ese caso aquí en Chedraui y yo dije "¡Híjole Dios! No ps si ya, ¡ya le llenó el carro! Ora si 'ya apúrate'" Y adentro no, adentro "Oye mamá ¡Qué te parece si llevamos dos paquetes de *Hot Keis* para invitar a mi hermano el domingo?!" Muy diferente la actitud adentro y la actitud afuera" (AMB8-1 año 2 meses)

Vejez - Concepto

"Es una etapa de la vida que tiene que ir pasando (...) a veces uno va perdiendo el sentido del oído, este, pues eso sería lo más triste, que no tenga uno con quien platicar, pues si uno no la oye, sería triste perder ese sentido (...) Que no pueda yo caminar (...) se nota que ya, cómo le dijera yo, que no están completos, ya no pueden caminar, o caminan pero con muletas o con silla de ruedas (...) se nota que

ya, cómo le dijera yo, que no están completos, ya no pueden caminar, o caminan pero con muletas o con silla de ruedas (AMB-6 meses)

"(...) la vejez es ya cuando uno va perdiendo, este, pues movilidad, pierde uno la memoria, y se van limitando nuestras, lo que es de nuestro cuerpo. Y muchas veces ya empezamos a depender de la familia, ya nos tienen que ayudar a esto a lo otro, para hacer nuestras cosas, y pues este, por ejemplo yo, van a ser cinco años que me pasó lo de mi columna, y a consecuencia de eso, pues yo este, no puedo caminar bien, y pues poco a poco hago lo que puedo, porque ya no quedé igual y tengo muchas limitaciones ya, para hacer mis cosas(...) Los signos de la vejez son cuando uno ya no tiene ganas de hacer muchas cosas, y ya este, ya le duele a uno acá, ya le duele a uno allá, ya como decae uno" (AMB9-4 meses)

Recuerdos de los viejos

"Mi esposo, falleció de cáncer (...) él siempre fue una persona muy machista (...) muy rígido, muy estricto, o sea, que nada más sus órdenes hay que obedecer o hacer lo que el nada más decía (...) me pasó el último año que él vivió en los hospitales(...) Iba a cumplir los 80 años, me llevaba 20 (...) lo bañaba, le daba de comer, pues ya realmente estaba con oxígeno, por sus pulmones, por el cáncer en el pulmón (...) se rompió el fémur que va con la cadera, y eso es lo que lo llevó a su muerte (...) él quería vivir, se aferraba a la vida" (AMB4-1 año 5 meses)

"Mi mamá ya siendo muy ancianita se acabó de deprimir, entonces la que tenía que cuidarla así de bañarla, peinarla, cambiarla, pues era yo(...) ver una realidad que mi mamá era muy ancianita ya no podía caminar" (AMB5-3 meses)

"(...) mi papá, porque mi papá era alcohólico. Mi papá era alcohólico y no quería comer (...) Él ya estaba grande (...) Ese fue mi papá, un desconocido (...) mi papá no me platicaba (...) sentía tristeza, luego salía que decía él que se iba a trabajar y ya no llegaba en su juicio (...) murió como a los 80 años (...)" (AMB6- 6 meses)

"(...) mi mamá luego a veces no se bañaba, porque como ya no podía caminar bien de sus pies, este, luego no se bañaba y andaba sucia, ya hasta que llegamos a verla, ya era que llegábamos y le ayudábamos a que se bañara, a darle su comida, para que ya no se acercara a la estufa mucho, porque luego ya no veía bien. Dejaba la

estufa luego prendida. Ya cuando pasaba eso, hablábamos entre todos los hermanos, pues que ya no la teníamos que dejar sola mucho tiempo porque era peligroso para ella. Y tenía su andadera, pero no la quería usar, siempre jalaba una silla de esas de plástico, con esa caminaba; y con esa se cayó, y fue como se lastimó la cadera y la operaron, pero vivió unos días y falleció" (AMB9-4 meses)

Trato hacia los viejos

"(...) Te puedo poner un porcentaje, porque si hay dos que tres familias que ayudan de acuerdo a sus posibilidades, tienen mal carácter y se desesperan pero de tratar mal a los adultos mayor-Un 85% de la comunidad en donde me muevo yo, tratan mal a los adultos mayores (...) -¡NOS deben de tomar en cuenta! ¡Ay ahorita me volví a marear! ¿Ves con eso de los vértigos? Este... Los seres humanos no dejamos de ser seres humanos hasta el día que nos sepultan, porque a partir de ese día ya somos huesos y luego ya somos polvo y y y ya. Pero la vida de un adulto mayor debería de ser IGUAL que cuando empezó a crecer, cuando se recibió, se casó, tuvo hijos, igualito en cuanto al trato que se les da. Y en cuanto a su comportamiento y movilidad también debería de ser igual, por eso hace falta capacitación, mucha documentación para el adulto mayor" (AMB8-1 año 2 meses)

Existen discursos más nutridos en los beneficiarios CASSAAM (excepto informante 2), que en los discursos de los no beneficiarios CASSAAM, pues en sus oralidades hay más alusiones a las categorías o subcategorías del discurso emanado por la OMS y la ONU, un total de 58 alusiones de los beneficiarios y 18 de los no beneficiarios (ver Tabla 4).

Entre los beneficiarios CASSAAM los informantes con mayor puntuación acerca de las alusiones a las categorías/subcategorías del discurso emanado por la OMS y la ONU fueron los informantes 3 y 8, con 22 y 26 puntos respectivamente, se puede conjeturar que dicho comportamiento está vinculado, por una parte al prolongado tiempo de estancia en el CASSAAM (informante 3 - 1 año; informante 8 - 1 año 4 meses), pero también a la formación como promotores de apoyo gerontológico que ambos informantes recibieron para desarrollarse como agentes comunitarios en labores de voluntariado (ver Tabla 5).

Los no beneficiarios del CASSAAM, informantes 3 y 5, presentan los mejores puntajes de su grupo, ambos con 13 puntos. Se presupone que esto se relaciona al nivel de escolaridad de la informante 3 (licenciatura) y a que la informante 5 fue formada como cuidadora de adultos mayores en el ISSSTE (ver Tabla 5). Sin embargo, la definición de salud en la vejez que hacen ambas informantes, al igual que la de todos los informantes no beneficiarios CASSAAM, no es acorde con el concepto de los organismos internacionales en cuestión.

Aun cuando este estudio no fue longitudinal, sino de corte transversal, es decir no se hicieron mediciones pre y post intervenciones, 33% de los adultos mayores beneficiarios (Informantes 4, 7, 8) refirieron, sin pregunta expresa, un cambio positivo en su vida desde su ingreso al CASSAAM, pues la influencia del Centro los ha llevado a disfrutar su vejez o a cambiar la imagen que tenían de esta etapa de la vida.

"Yo para mí, empecé a vivir al llegar a CASSAAM, dicen que aquí vivimos lo que es la vejez y es como si hubiera rejuvenecido y empezar otra vida, para mí es eso (...) muchas veces muchos de nuestra edad, que se encierran en su casa (...) nos encerramos en nuestro mundo, es ahí cuando vemos que no sabemos vivir lo que es la vejez (...)" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...) yo cuando llegué aquí me sentía de todo, deprimida, sola, miedosa, este... con muchos nervios y sin ganas de nada, que ya no tenía sentido para mí ya nada (...) Dejé de hacer muchas cosas en mi casa, por ejemplo, algunos quehaceres, ya no quería yo estar cocinando, pero no era flojera (...) ahora ya no es así " (AMB7-3 meses)

"(...) si me hubieses dicho esa pregunta hace año y medio [antes de llegar al CASSAAM) te diría que [al adulto mayor lo veo] descuidado, sucio, sin rasurar, malos olores. Si me lo dices ahorita, yo todas las personas que he tenido oportunidad les he comunicado parte de y ahorita yo me lo imagino con su cabello blaaanco blanco pero plateado, limpio, su ropa limpia, rasurado inclusive oliendo hasta a loción y si entras a su habitación ya es muy diferente (...)" (AMB8-1 año 2 meses)

Solamente tres informantes (AMB6, AMB9 y AMNB1) se consideran viejas, todos los demás dijeron que no ser viejo(a), ser casi viejo(a) pero todavía no, a veces sí y a veces no, o se consideran madura(o), pero viejo(a), no.

Beneficiarios CASSAAM

"Yo sé que soy adulta mayor (...) yo no me considero vieja (...)" (AMB1- 9 meses)

"[¿yo viejo?] Viejos los cerros, y todavía reverdecen" (AMB2-1 mes)

"Bueno, yo totalmente vieja no me siento porque soy todavía, soy capaz de atenderme sola, de viajar sola, de venir aquí a platicar con los compañeros, de salir con mis amigas" "Sí, si me considero adulta mayor (...)" (AMB3-1 año)

"(...) yo para mis años, yo no me siento vieja. Que sí soy anciana y tengo que vivir, pero vieja no, no me siento vieja. Todavía me siento joven, vieja pero con un corazón joven (...) si soy, no digo que no soy vieja, sí. Y aquí estoy viviendo mi vejez, pero yo la estoy viviendo, ¿cómo me explico?, aunque esté viviendo mi vejez, yo no me siento vieja, yo me siento mi vida normal, y hasta ahorita yo me siento bien (...) Sí [me considero adulta mayor] (...) yo ahorita tengo lo tengo todo y lo llevo controlado. Yo me siento bien ahorita (...) [me gustaría vivir] la edad que Dios me de licencia, la licencia por lo menos a los 80(...) vivirlos como los estoy viviendo, sin depender de nadie terrenal(...) yo voy a necesitar que me traten con mucho cariño(...) Ah, que me recuerden que siempre me gustó valerme por mi misma y pues hasta el final, hasta que Dios me de licencia y si Dios me da mucha energía y fuerzas para poder yo seguirme sobreponiendo y ser yo la misma y poder hacer mis cosas (...) Hay que vivir la vida como si fuera el último día", ¿por qué? Porque nadie sabemos cuándo nos llega la muerte, puede ser que ahorita salga caminando y me quede yo en el camino, o llego a mi casa y ya terminé. Entonces la vida hay que vivirla con alegría y lo mejor que podamos" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)a veces sí y a veces no [me siento gente grande de edad] a veces siento que, yo creo que a uno le quedan rachas de gente joven, yo tengo 65 años, así como si tuviera 40 que quisiera verme mover y correr, pero luego también se da uno cuenta de que por ejemplo, yo si le tengo mucho miedo a las escaleras(...) [Me di cuenta que había envejecido] cuando mi hermano falleció, pues sí, yo me he deprimido

demasiado, y un día me vi en el espejo y dije: “¿dónde te quedaste? No supe, ahí fue donde vi que la vida se me había ido y se va uno quedando(...) hasta ahorita sí [soy sana] ¡Ay!, porque en primer lugar porque afortunadamente y ojalá Dios me conserve así (...)” (AMB5-3 meses)

"Sí [me considero vieja] me gustaría vivir muchos [años] no sé cuántos me falten" (AMB6-6 meses)

"[Me siento] poquito [vieja] Yo tengo otra cosa que mis hijos, es que ellos nunca quisieran verme grande. Y es que yo no me siento grande –le digo- tengo 62 años, pero yo no me siento de 62 años. (AMB7-3 meses)

"Aunque teniendo la edad según la... ¿ONU? No. Todavía no puedo decir que ya me considero vieja, Bendito sea (...) Sí, yo todavía no me considero Vieja. Ahhh, hasta octubre que se murió mi esposo (...) Fue cuando yo sentí que... que si me descuidaba, tocaba suelo ¿eh?, si me descuidaba yo tocaba suelo, pero no, dentro de mi dolor, de mi pesar que tengo de ya no llegar y encontrarlo, la vida sigue (...) Hubo una época de mi vida que siempre decían “Oye Mago y tú ¿Cuántos años te gustaría vivir? -112” Es como la décima vez que me preguntan y espontáneamente “112” ¡No sé por qué! Pero siempre viene acompañada esa contestación de “Y con mis cinco sentidos funcionando” Que es un error si te das cuenta, porque el caminar y moverte no es de un sentido. Los cinco sentidos son... a nivel... ¡cara! Jajaja ¿Eh? Pero bueno yo siempre digo “Con mis cinco sentidos funcionando” Jaja AMO LA VIDA y si me lo hubieses preguntado a finales de octubre igual te hubiese contestado: “Amo la vida pero estoy triste”, tengo nostalgia y no quiero llegar a una depresión, sé perfectamente bien qué es una depresión (...) [Me gustaría envejecer] rodeada de adultos mayores, viejos, sí(...) me gustaría seguir dando pláticas(...) cuando muera que me recordaran positivamente(...)" (AMB8-1 año 2 meses)

"Sí [me considero vieja] A pesar, a lo que yo ya me doy cuenta los años que tengo, y veo a mi esposo también, ya no es el mismo, también él cambió, y por eso es que me di cuenta que ya envejecí. [Estoy] totalmente [sana] a pesar de lo que me pasó con mi columna, no puedo caminar bien y me duelen mucho los pies, más el izquierdo y para abajo” (AMB9-4 meses).

No Beneficiarios CASSAAM

"Pues yo creo que sí [estoy vieja] Pues ya, ya, ya tengo aires pasados. [Me di cuenta de que estaba vieja] cuando se fue mi esposo, hace ocho años (...) Sí [estoy sana] porque le digo, yo todavía me puedo mover, yo misma hacer mis cosas. Yo lavo, plancho, coso, hago la comida, lo que más se puede. Sí padezco de presión alta y las piernas no me ayudan mucho, pero pues todavía me defiendo (...) Ya no [quisiera vivir] [el tiempo que me quede vivir quisiera estar] un poco más sana. Sin dar molestias, más que todo, eso. No me gustaría darle molestia a mi hija, ni que tuviera yo que recargarme mucho en ella ...yo no me quisiera hacer más vieja de lo que estoy, por no querer causar, si usted quiere lástima, o porque me doliera mucho ser inservible" (AMNB1)

"¡No! No [me siento vieja] Nomás ahorita porque estoy mala de mi pierna (...)" (AMNB2)

"Yo me siento joven. Estoy vieja porque me veo las arrugas, los achaques, pero me sigo sintiendo joven (...)" (AMNB3)

"(...) No, todavía no, todavía no [me siento vieja] (...)" (AMNB4)

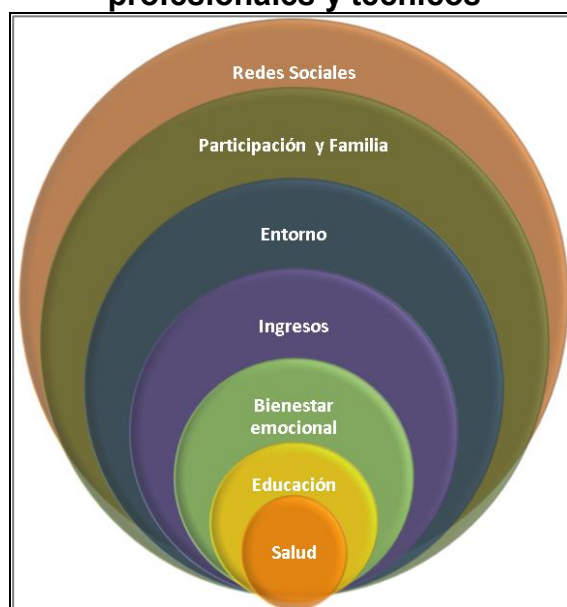
"(...) Pues no, no me considero vieja, me siento bien, me siento que estoy dando mi segundo aire(...) bendito sea Dios sí estoy sana(...) no tengo ninguna de las enfermedades comunes de la vejez (...)" (AMNB5)

Por otra parte, los resultados del análisis de contenido antes enunciados fueron delimitando las representaciones sociales de la salud en la vejez identificadas en este estudio, pues como ya se comentó, una de las dos categorías ejes es la categoría salud y la subcategoría concepto, esto marca la pauta para abordar la estructura de las representaciones sociales, pues el concepto de salud fue definitorio para cada grupo de informantes y permitió identificar cuántas y cuáles representaciones sociales de salud en la vejez existen entre ellos.

De esta forma se asevera que los profesionales y técnicos del CASSAAM presentan entre ellos similares regularidades discursivas y el concepto de salud al que

aluden es en términos generales el mismo (ver Tabla 2, 3 y 4), por lo que se puede decir que comparten la misma representación social de la salud, cuya estructura se integra en el núcleo por el concepto salud y tiene como elementos periféricos, listados en orden de acuerdo a la cercanía con el núcleo, a las categorías, educación, , bienestar emocional, ingresos, entorno, participación – familia, y por último, redes sociales. La estructura queda conformada de acuerdo a los puntajes del análisis de contenido, registrados en la Tabla 4, y su representación gráfica se expone de la siguiente manera.

Gráfico 1. Representación social de los profesionales y técnicos

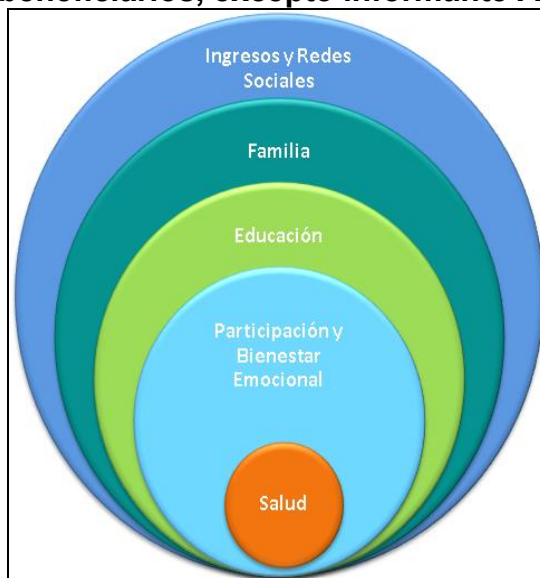


Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

El grupo de Beneficiarios CASSAAM, con excepción del informante Beneficiario 2, también presentó similitudes en sus elementos discursivos y comparten un mismo concepto de salud, alineado al concepto difundido desde la OMS y ONU, por lo que se confirma que los informantes 1,3,4,5,6,7,8 y 9, comparten la misma representación social de salud en la vejez, cuya estructura queda esquematizada en su núcleo central por el concepto de salud y sus elementos periféricos se ordenan de manera descendente mediante las categorías participación – bienestar emocional, educación, familia, ingresos

– redes sociales, cuya expresión gráfica, menos robusta que la de los profesionales y técnicos del CASSAAM, se expresa de la siguiente manera:

Gráfico 2. Representación social de los beneficiarios, excepto informante AMB-2



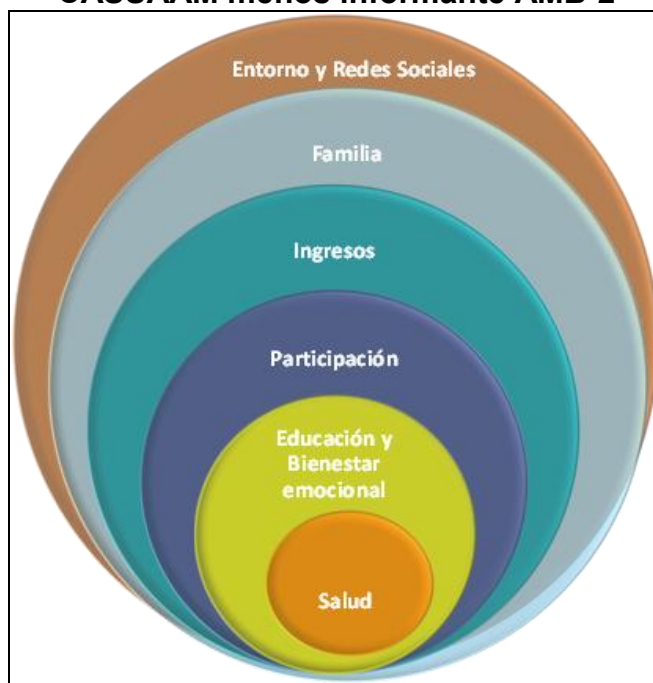
Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

Dos grupos de comparación comparten una misma representación social si su núcleo central es el mismo, de acuerdo a los postulados de la teoría de las Representaciones Sociales.

El núcleo central de la representación social de la salud en la vejez tanto de los profesionales y técnicos, como de los beneficiarios CASSAAM, excepto informante 2, es el mismo.

Entonces los profesionales y técnicos y beneficiarios CASSAAM, excepto informante beneficiario 2, comparten la misma representación social de la salud en la vejez. Su constitución estructural queda obviamente conformada en el centro, por la categoría que define salud de acuerdo a la OMS y a la ONU, y con los elementos periféricos ordenados con base en la unión de los registros de ambos grupos en la Tabla 4 antes expuesta, de donde se obtiene la siguiente imagen gráfica:

Gráfico 3. Representación social de los profesionales-técnicos y beneficiarios CASSAAM menos informante AMB-2



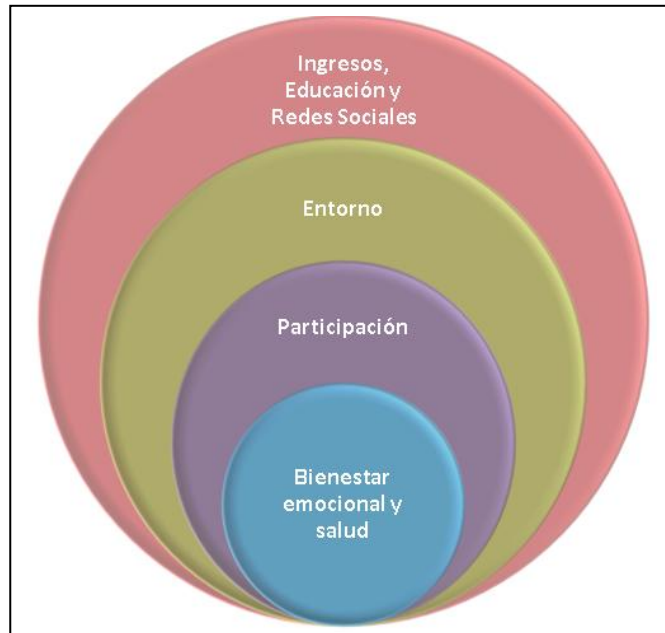
Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

Derivado del gráfico anterior, la representación social de la salud en la vejez de estos informantes se construye como la capacidad de mantenerse bien, en equilibrio en lo físico, mental, emocional y social, lo que se logra a través del autocuidado, la atención médica, la independencia funcional, el control de las enfermedades y un estilo de vida saludable, pero en la cual la educación y el bienestar emocional (incluida la actitud ante la vejez), representan el elemento periférico más cercano, de trascendencia para la salud en la vejez.

Otra representación social de la salud en la vejez, la que se presenta a continuación en el Gráfico 4, la comparten los integrantes del grupo No beneficiarios CASSAAM, al que se integra el informante beneficiario CASSAAM 2. Su estructura en el núcleo central presenta a la categoría bienestar emocional como una propiedad condicionante para la definición de la salud, esta definición está alejada de la que emana de los organismos internacionales, pues salud se liga a sentirse bien, a pensarse sano, a no sentirse enfermo aunque haya enfermedad, se refiere al estado de ánimo, de ello se

desprende que para este grupo el término salud se traduce en ausencia de enfermedad o a sentirse bien sin padecer enfermedades, cuidándose para no depender de nadie. Los demás elementos de esta estructura, los periféricos, son muy pocos, y su constitución es débil, pues en las oralidades de este grupo no se encontraron buenas competencias a nivel de conocimientos, para poder construir una representación social de la salud en la vejez más nutrida.

Gráfico 4. Representación Social de los no beneficiarios CASSAAM e informante AMB-2



Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

Por lo tanto, existen dos diferentes representaciones sociales de la salud en la vejez, una, correspondiente a la de los profesionales, técnicos y beneficiarios CASSAAM, exceptuando al informante identificado como AMB-2; y la otra, correspondiente a los no beneficiarios CASSAAM más el beneficiario AMB-2.

Otros resultados enunciados a continuación y obtenidos del análisis estructural arrojan elementos, que aunque no son tan determinantes como los aspectos antes señalados para conformar las conclusiones del estudio, sí abonan al estudio propiedades dignas de

ser tomadas en cuenta para el diseño o rediseño de intervenciones sociales en este ámbito.

En la Tabla 4, la categoría *Entorno* sólo fue aludida, con poca puntuación por los Profesionales y Técnicos del CASSAAM y está completamente ausente en los otros dos grupos en la Tabla 4. La subcategoría *Apoyo Social* de la categoría *Familia* sólo fue aludida una sola vez en el segundo grupo de dicha Tabla. En la categoría *Ingresos*, las subcategorías *Pensiones no contributivas*, *Carga de la dependencia* y *Seguridad social* sólo tuvieron 2 alusiones de los dos primeros grupos listados. La categoría Género está ausente en los tres grupos en referencia. En la categoría *Redes Sociales*, la subcategoría *Solidaridad intergeneracional* no tuvo puntuaciones y las subcategorías *Redes* y *Ayuda mutua* tuvieron puntuaciones mínimas, 4 en total de los dos grupos de interés (Profesionales y Técnicos y Beneficiarios CASSAAM).

3.2 Conclusiones y discusión

Del proceso de codificación selectiva surgió la enunciación que confirma que la teoría de las Representaciones sociales es útil en el estudio y desarrollo de intervenciones sociales practicadas por profesionales del trabajo social, cuya aseveración se basa en las siguientes conclusiones y discusiones.

La manera en que la mayoría de los beneficiarios CASSAAM conciben la “salud” con relación a la vejez, tiene clara influencia social de los profesionales y técnicos del CASSAAM y su discurso está alineado al de los organismos internacionales (OMS y ONU), esta manera de representársela marca un cambio muy importante en la forma de afrontar la salud en esta etapa de la vida, pues considerar a la vejez como una etapa en la que se puede gozar de salud, aun padeciendo enfermedades crónicas, es el polo opuesto a considerar, como lo hacen los no beneficiarios CASSAAM que en la vejez casi todo es pérdidas, que la salud es un tesoro que difícilmente se puede poseer en la vejez, pues ya se ha llegado lo inevitable, es darse por vencido, es la visión de la vejez que trae consigo repercusiones en todas las esferas, el miedo a envejecer.

Según Herzlich (1973), las formas de afrontamiento de la enfermedad que se pueden dar en tres sentidos: la enfermedad como destrucción y final (actitud pasiva ante ella); la enfermedad momento de redefinición positiva en el que hay que luchar por encontrar un lugar en la sociedad, aun padeciendo la enfermedad; y la tercera, en la que el paciente asume un papel activo en la cura o proceso adaptativo a su enfermedad, compensación y control de enfermedades crónicas. De estas tres, la postura observada en la mayoría de los beneficiarios CASSAAM es la tercera, pues dentro de su concepción de salud es válido poseer enfermedades, lo que no se aprueba es una actitud pasiva ante éstas.

No es común asumirse sano en la vejez cuando se padece diabetes, hipertensión o cualquier otra enfermedad crónica degenerativa, menos aun cuando se considera que la vejez es la etapa final de la vida, el momento de los pesares. Muestra de ello es la representación social de la salud en la vejez presentada por los No Beneficiarios CASSAAM.

Tener la oportunidad de ser y sentirse sano en la vejez es algo sumamente valorado y predispone a la acción para lograr el control de las enfermedades, el “equilibrio” en la esfera física, mental, emocional y social, y la tan anhelada autonomía o independencia funcional. La representación social de la salud de la mayoría de los beneficiarios CASSAAM se liga de este modo a prácticas sociales asociadas a estilos de vida saludables, tal como lo muestran los estudios sobre las funciones de las representaciones sociales en donde se les considera como guía para la acción, justificadoras de comportamientos, y maneras de lograr el distanciamiento social de grupos sociales con puntos de vista estereotipados. (Abric, 2004, p. 195).

Si los profesionales y técnicos del CASSAAM dan muestra de su apego discursivo respecto a las recomendaciones de los organismos internacionales OMS/ONU acerca de la salud en la vejez y su manera de afrontarla.

Y si la mayoría de los beneficiarios CASSAAM construyeron la representación social de la salud en la vejez alineada al discurso OMS/ONU.

Y si además el total de los no beneficiarios CASSAAM y el informante 2 beneficiario CASSAAM no poseen la misma representación de la salud en la vejez que los profesionales, técnicos y la mayoría de los beneficiarios CASSAAM

Y si adicionalmente a esto se considera que los no beneficiarios CASSAAM no recibieron en sus construcciones discursivas las intervenciones sociales del CASSAAM o en el caso del informante beneficiario 2, las intervenciones recibidas fueron mínimas.

Y si con estas evidencias se confirma la influencia de un grupo social (profesionales y técnicos) sobre otro grupo social (beneficiarios).

Entonces, es lógico afirmar que la influencia social que ejerce el personal del CASSAAM sobre sus beneficiarios interviene en la construcción de sus representaciones sociales sobre la salud en la vejez, con mayor efectividad cuando los adultos mayores cursan el proceso de atención del CASSAAM por largo de tiempo y se les forma e involucra como promotores gerontológicos o cuidadores de personas mayores.

Dado que en las representaciones sociales de la salud en la vejez de la mayoría de los beneficiarios CASSAAM se observa una postura que va de la redefinición del ser viejo en una sociedad plagada de estereotipos, al afrontamiento adaptativo y control activo de su estado de salud, se puede decir que la influencia social que ejercen los profesionales y técnicos del CASSAAM sobre los beneficiarios es una influencia de minorías, con efecto inmediato, del tipo *Conversión o Interiorización*, pues ingresa de manera sutil y efectiva en ellos, provocando cambios en su sistema de valores y su comportamiento, por lo que de acuerdo a la teoría, dicha influencia se mantiene en presencia o ausencia del agente influyente, haciéndolo medianamente resistente a cualquier otra influencia (Moscovici y Paicheler, 1984, p. 177).

Los resultados y conclusiones anteriores, considerados como los más relevantes, respaldan la tesis generada en esta investigación que sostiene que *los modelos de atención institucionales en materia de salud conformados por intervenciones sociales con base en evidencias científicas diseñadas y desarrolladas consistentemente desde el trabajo social ejercen influencia social en la manera en que las personas beneficiadas*

conciben y afrontan la salud y por consecuencia en la adopción de estilos de vida activa y saludable, lo que contribuye paulatinamente y de manera eficaz al cambio social.

Además, es válido considerar que en poblaciones con condiciones similares a los casos de beneficiarios CASSAAM estudiados, si son sometidos a las mismas intervenciones del CASSAAM, se obtendrá la misma influencia social, por lo que la generalización en este sentido se puede dar mediante el método abductivo.

A partir de los resultados de la investigación es necesario redefinir la salud en la vejez desde la construcción de los propios actores que la experimentan, desde los viejos representantes del grupo control del estudio, desde los beneficiarios CASSAAM, desde sus representaciones sociales.

Los viejos CASSAAM, desde sus saberes, experiencias, recuerdos y vivencias aportan un nuevo matiz a la definición conceptual de la salud en esta etapa de la vida, que se traduce en una salud resiliente, en donde la resiliencia se muestra como una fortaleza para enfrentar los cambios físicos, sociales, mentales y emocionales, que se presentan tanto en ésta, como en otras etapas de la vida, y que se experimentan desde un contexto cotidiano con una peculiar valoración de los viejos.

La salud en la vejez resiliente puede definirse como aquella en la que las personas muestran entereza para enfrentar como algo natural los cotidianos cambios que se experimentan con el transcurrir del tiempo, haciendo uso de las destrezas y aspectos positivos que cada uno posee.

El cambio social impulsado por los profesionales y técnicos del CASSAAM apunta pues en este sentido a transformar las representaciones sociales de la salud en la vejez diseminando el concepto emanado por los organismos internacionales, pero matizado con la visión de una salud resiliente.

Adicionalmente a las conclusiones antes expuestas y que son las más relevantes del estudio, se observa que los resultados sobre los estereotipos y la visión negativa sobre la vejez que se encontraron entre los tres grupos de informantes son

completamente razonables, pues si se pudo comprobar la influencia social en términos positivos del envejecimiento, también es de esperarse que la percepción negativa sobre la vejez y los viejos tuviera menores porcentajes en los beneficiarios CASSAAM en comparación con los no beneficiarios, y aún menos puntos porcentuales en los profesionales y técnicos CASSAAM.

Nada más falso habría sido el encontrar una imagen de la vejez y de la salud en la vejez completamente positiva, cuando el maltrato y la discriminación existe y no podemos ocultarlos, así lo muestran los informes, estudios y encuestas nacionales e internacionales (Giraldo-Rodríguez, 2014; SEDESOL-CONAPRED, 2005; OPS, 2003) y ha sido necesario reconocer el problema e institucionalizarlo, emitiendo recomendaciones para la prevención de estas problemáticas sociales (OMS, *et. al*, 2002) y creando dependencias destinadas a atender a personas adultas mayores víctimas de violencia (Agencia Especializada para la Atención de Adultos Mayores Víctimas de Violencia Familiar en el Distrito Federal).

Al término “vejez” se le sigue temiendo o se le estereotipa "Entendí que me estaba comportando más viejita que la viejita" (PT3), cuando se esperaría que decir vieja o viejo fuera equivalente a decir niño o adulto, es decir, una persona que está cursando por esa etapa de la vida. Sin embargo, la carga semántica que este vocablo tiene está presente no sólo en los informantes de esta investigación, sino que es un efecto causado por la sociedad en general, que ha sido analizado en diferentes estudios (Ronzón, 2014; Dulcey-Ruiz y Parales, 2002)

Intervenir culturalmente en el cambio de los estereotipos o la visión negativa de la vejez es un acierto muy valioso del CASSAAM no sólo a nivel individual, sino a nivel sociedad, pues genera mejores autopercepciones y por consecuencia mejores condiciones de vida para los viejos.

Es necesario continuar la intervención social en la apuesta por el cambio cultural de lo que es la vejez y la manera en que se vive, no sólo con los viejos, sino ampliar la intervención social del cambio de imagen de la vejez en sus familias, sus comunidades,

sus redes de apoyo, así como en las instituciones, pues mucho se ha comprobado que cuando una sociedad estereotipa a los viejos o los discrimina, las políticas públicas que se impulsan para este sector de la sociedad son deficientes o nulas, ante ello, en el área de la salud la OMS (2002 p. 102) aseveró que *“Cuando las sociedades son más proclives a atribuir los síntomas de enfermedad al proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención, de detección precoz y de tratamiento apropiado”*

De entre los resultados del estudio se destacan algunos temas ausentes o ligeramente aludidos en los discursos, entre ellos el de género, no se puede pasar por alto este tema cuando sabemos que la vejez es diferencial, con condiciones más desfavorables para las mujeres, aun siendo ellas las que representan la mayor proporción de la población; ser viejo, en la actualidad, en sociedades como la nuestra es un factor de vulnerabilidad, pero ser vieja, tendrá además asociada la vulnerabilidad de género, la de la falta de escolaridad básica, la de carencia de recursos económicos o la de pertenecer a un grupo indígena (Castrejón, 2014; SEDESOL-CONAEN, 2005).

El enfoque de género debió estar presente en el diseño del presente estudio, de acuerdo a los resultados obtenidos, pero también debe desarrollarse dentro las intervenciones sociales del CASSAAM. Asimismo el respeto y cumplimiento a los derechos humanos postulados en múltiples leyes e instrumentos vinculantes, cuya selección en lo referente a las personas adultas mayores fue publicada por la OPS (Vásquez y Vega, 2008). La equidad en salud para toda la población sin importar la condición de edad o género, es un acto de justicia social.

Por otra parte, si el objetivo del CASSAAM es mantener o recuperar la independencia funcional de las personas adultas mayores en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y este modelo de atención es parte de las acciones de promoción de la salud que brindan las prestaciones sociales del IMSS, el medio para lograr su objetivo debiera ser la intervención social dirigida a atender los determinantes sociales de la salud (Wilkinson y Marmot, 2003) que impulsen la funcionalidad: trayectoria

de vida, exclusión social, ocupación, ingresos, adicciones, estrés, alimentación, apoyo social, entorno y transporte, pero que en la realidad no sucede

De acuerdo a la definición de la OMS sobre promoción de la salud (1986) se debe proporcionar a las personas adultas mayores los medios necesarios para alcanzar el estado óptimo posible de salud; reforzar sus recursos personales y sociales e incrementar sus conocimientos y aptitudes, fomentar el apoyo recíproco y la acción comunitaria que incremente la independencia y apoyo social.

La ausencia o casi ausencia de alusión a algunas categorías o subcategorías en el discurso de los profesionales y técnicos y los beneficiarios CASSAAM, tales como entorno (adaptación de la vivienda y comunitaria), apoyo social, ingresos, redes sociales, difuminan el componente social de la salud a nivel grupal o comunitario, esto puede reflejar una visión de la salud más cargada a lo individual, a la recuperación de la funcionalidad más en el plano del terreno corporal, en la restauración, compensación o mantenimiento de las funciones biológicas, que en el esquema social.

Emplear la valoración social cualitativa en dicho Centro contribuiría a que los diseños de las intervenciones sociales emergiera de los propios adultos mayores, para que ellos participaran en identificar sus problemáticas, necesidades o aspiraciones y decidieran cómo solucionarlas o satisfacerlas, que fueran ellos los creadores del cambio para la adaptación de sus comportamientos y su entorno, porque *“el sujeto de la intervención en la modernidad no es mero receptor pasivo de la intervención, sino un titular de derechos, partícipe de una comunidad activa y organizada, protagonista de la movilidad social”* (Carballeda, 2010, p. 54)

La atención simultánea de la familia de la persona adulta mayor, así como la evaluación e incidencia en su entorno comunitario son pieza clave de la intervención en cada beneficiario. En el CASSAAM es necesario desarrollar una intervención social integral de caso (persona adulta mayor) que contemple a su familia o red social y la comunidad en la que se desarrolla, para lo cual se puede optar por desarrollar un modelo de gestión de casos (Viscarret, 2009, pp. 333-335).

La exploración de la subjetividad de los beneficiarios CASSAAM, mediante el análisis de sus producciones discursivas, debe ser un elemento clave en el diseño de la intervención social a aplicar, para incidir en las cinco dimensiones del envejecimiento (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema) (Dulcey-Ruiz, 2002).

Los resultados ofrecen áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de las y los profesionales de trabajo social y evidencias científicas para diseño o el re-diseño de intervenciones de atención social a la salud que contribuyan a impulsar la colaboración de adultos mayores, en la modificación de sus comportamientos vinculados al cuidado de la salud.

Con estas evidencias se generan nuevas inquietudes para el desarrollo de investigaciones futuras, pues sería interesante verificar si se da una transformación de las representaciones sociales de la salud en la vejez en los beneficiarios CASSAAM con un estudio longitudinal pre y post intervención.

También valdría la pena indagar si la representación social de la salud en la vejez identificada en los beneficiarios CASSAAM es similar a la de adultos mayores beneficiarios de otros Centros de Seguridad Social del IMSS en donde se brindan servicios similares a los del CASSAAM, pero sin un equipo de profesionales y técnicos tan especializado como los del CASSAAM.

3.3 Limitaciones del estudio

Aunque los resultados se muestran consistentes pueden existir sesgos acerca de la influencia social que ejercen los profesionales y técnicos sobre los beneficiarios CASSAAM, debido a que, por cuestiones de tiempo, para verificar la influencia social se incluyó un grupo de comparación (no beneficiarios CASSAAM), cuando lo ideal habría sido hacer un estudio de corte longitudinal, pre y post intervención, sólo con el grupo de beneficiarios CASSAAM y de este modo analizar si existe transformación de

las representaciones sociales de la salud en la vejez después de las intervenciones CASSAAM.

. Además la representación social que construyen los beneficiarios CASSAAM sobre la salud en la vejez puede estar influida por algunos otros determinantes, no sólo por las intervenciones sociales que ofrece el Centro.

Existe la probabilidad de que el discurso tanto de los profesionales y técnicos, como de los beneficiarios CASSAAM en cierto momento se emitieran de manera inducida tan sólo por el hecho de saber que estaban siendo sujetos de estudio, sin embargo, al estudiar las tres dimensiones que componen las representaciones sociales en las entrevistas con los informantes, dichos sesgos han sido considerados en los fundamentos teóricos que guiaron el estudio. Además, los conocimientos no se pueden fingir si no se tienen, mucho menos se pueden interiorizar y tomar una postura ante ellos y las imágenes que a lo largo de la vida vamos acumulando en nuestra subjetividad no se pueden construir tan fácilmente en un discurso improvisado.

Capítulo 4. Contribuciones del estudio al trabajo social

Para poder comprender la naturaleza de los aportes que la investigación que se presenta en esta tesis de grado aporta al trabajo social, es necesario antes identificar el contexto en el que las y los profesionistas en trabajo social desarrollan su quehacer dentro del campo de la salud, específicamente dentro de la institución más grande de salud de México, el IMSS y cuál es el papel que juega la investigación en su labor cotidiana.

A grandes rasgos, se hace una revisión sobre el origen y desarrollo de la profesión en el ámbito nacional y su paulatina inserción en el IMSS, se sigue la evolución institucional de esta profesión hasta llegar a la época contemporánea, donde las y los trabajadoras(es) sociales tienen que asumir diferentes retos originados en el propio devenir de la profesión, también por las exigencias que les impone la solución a los problemas sociales y los marcos políticos institucionales.

También se presenta de manera general los campos de actuación y funciones asignados a estos profesionales, se ofrece un recorrido por sus prácticas dentro de las unidades de atención médica y las unidades operativas de prestaciones sociales (centros de seguridad social, deportivos, centros de artesanías, CASSAAM...).

Después se lleva a cabo una mirada a los actuales sectores de intervención que los profesionales en trabajo social atienden a través de los programas institucionales. También se desarrolla una discusión sobre el uso de las teorías sociales y su aplicación práctica en la atención de problemáticas sociales que buscan sentar las bases para provocar el cambio social.

Finalmente se cierra el capítulo con las conclusiones sobre las contribuciones del estudio al trabajo social, la manera en que los hallazgos derivados de la presente investigación pueden reforzar y motivar el diseño de intervenciones sociales en salud fundamentadas en evidencias científicas.

4.1 El trabajo social: origen, naturaleza y desarrollo en el área de salud

Diversos autores han abonado al origen del trabajo social como profesión, sus interpretaciones ante este fenómeno se dividen básicamente en dos posturas (a) El trabajo social como producto de la evolución y profesionalización de antiguas formas de ayuda (la caridad, la beneficencia y la filantropía) ubicadas en diferentes épocas de la historia; y (b) la aparición de este quehacer profesional ligado a las políticas de estado de los países de origen, que tienen la finalidad de legitimar el orden y control social.

De acuerdo a lo estudiado por el uruguayo Carlos Montaña (2000, p. 10) En la primera interpretación destacan autores de diversos países latinoamericanos entre los que se menciona a Ezequiel Ander Egg, Herman Kruse, Boris Alexis Lima, Ana Augusta Almeida, y bien podemos incluir en este grupo a los académicos mexicanos Aida Valero (2004) y a Eli Evangelista (2013) con sus contribuciones al estudio del origen del trabajo social en México.

En la segunda interpretación, siguiendo a Montaña (2000, p. 30), se ubica entre otros autores a María Villela Iamoto, Manuel Manrique Castro, Vicente de Paula Faleiros, María Lúcia Martinelli, Manuel Manrique Castro, también a los mexicanos Carlos Arteaga Basurto y Nelia Tello Peón (2000), así como a Felipe Torres Torres (2009).

De la interpretación evolucionista o desarrollista se observa que son variados los puntos en los que se ubica la génesis del trabajo social, algunos consideran que las formas de ayuda provienen desde el inicio de la humanidad misma (filantropía), ligadas a las religiones (caridad); otros la sitúan en la intersección de estas formas de ayuda con la necesidad de sistematizarlas.

La segunda interpretación retoma de la primera el momento en que la iglesia, la burguesía y los estados requieren mejorar los procesos de ayuda y surge la asistencia social como una estrategia para lograr el control y estabilidad social. El trabajo social incursiona como medio de intervención en la sociedad ligado principalmente a las instituciones que paulatinamente se fueron creando en diversos países para contribuir al bienestar y reducir el descontento social.

Lo cierto es que se ubique donde se ubique la génesis del trabajo social, han existido diversos momentos que han marcado de alguna u otra forma el imaginario de los que son los antecedentes e identidad de esta profesión.

- Las consecuencias sociales generadas al final de la Revolución Industrial y el surgimiento del positivismo.
- La expansión del capitalismo.
- El surgimiento de la sociología en el siglo XIX y el posterior desarrollo de las ciencias sociales.
- El surgimiento del estudio social de caso en 1917 con Mary Richmond.
- Crisis social, empobrecimiento y luchas revolucionarias e independentistas de América Latina en el siglo XX.

De acuerdo a lo consignado por Lima (1975) el surgimiento del trabajo social en Europa y Norteamérica data de principios del siglo XX, en Latinoamérica, al concluir la segunda guerra mundial, se hizo necesario crear escuelas para formar personas en trabajo social e impulsar las políticas sociales implementadas en los países europeos y Estados Unidos.

Con el esfuerzo de gobiernos locales, el apoyo interesado del imperio estadounidense y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1950 ya se contaba con 100 escuelas en trabajo social, en donde se continuaba la línea formativa de trabajadores sociales asépticos, sin ideologías políticas.

Estados Unidos de Norteamérica, con una imagen de país protector y benefactor, persiguió la explotación económica de los países latinoamericanos para recuperar su fuerza como imperio después de la segunda guerra mundial; lo cual aunado al rápido

posicionamiento del capitalismo, provocó graves conflictos sociales y económicos en América Latina por lo que no se hicieron esperar las luchas sociales.

En esos momentos de profunda crisis social, la Comisión Económica para América Latina, (CEPAL), perteneciente a la ONU elaboró diferentes estrategias y teorías, avaladas por Estados Unidos, para que Latinoamérica saliera de su crisis social. El trabajo social comunitario se instala en esta región para operar las estrategias desarrollistas impulsadas por la CEPAL.

Sin embargo, la formación sin compromiso ideológico de los trabajadores sociales poco a poco fue menguando en países como Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y Brasil, en donde a mediados de los años sesenta del siglo pasado se gestó entre los profesionales de trabajo social un movimiento de reconceptualización de la profesión, donde el común denominador fue la preocupación por la difícil realidad latinoamericana, la dependencia de Estados Unidos, la explotación e injusticias que llevaron a replantearse las bases teóricas, metodológicas y éticas, en la búsqueda de una sociedad más equitativa y justa para los latinoamericanos. Este movimiento marca el inicio de la etapa científica del trabajo social.

La reconceptualización del trabajo social, se desarrolla en un contexto social en el que las luchas revolucionarias se vuelven algo cotidiano. Alayón (2007) pone como ejemplos que la revolución cubana iniciada en 1959; la dictadura de Pinochet, el movimiento emancipador de Salvador Allende, en Chile; las represiones estudiantiles en México, el movimiento libertador que Ernesto el “Che” Guevara diseminara en Cuba, Argentina y otros países de América Latina, además de otros movimientos de ruptura en Uruguay, Brasil y demás países de esta región, se gestaron en un ambiente de opresión, desigualdad, capitalismo generador de lucro y ganancia en oposición a los derechos laborales, políticos, sociales y en el marco de los estados de bienestar.

Ante estos hechos, el trabajo social no quedó indiferente y se adoptó una mirada crítica que llevara a analizar al trabajo social a la luz de los procesos sociales, económicos y políticos vigentes, como una profesión dedicada a intervenir para mantener

o provocar el orden social. Es el momento en donde el trabajo social tiene dos opciones (a) legitimar las prácticas institucionales comportándose como un servidor sumiso al estado opresor o (b) cuestionar el orden social.

El trabajo social se posiciona en el marco de la opresión que vive América Latina, que se considera resultado, en gran parte, del imperialismo avasallador de Estados Unidos de Norteamérica, que se dedicó, según palabras de Simón Bolívar a “plagar de miserias a las Américas a nombre de la libertad” (Cit en Alayón, 2007).

Tres corrientes teóricas ganaron terreno en el movimiento de reconceptualización del trabajo social, la teoría de la dominación y la dependencia de Marx; la corriente concientizadora de Paulo Freire y la teología de la liberación impulsada por Rubem Alaves y Gustavo Gutiérrez.

Sin embargo la ideología que tuvo mayor protagonismo en ese momento para el trabajo social fue el materialismo dialéctico de corriente marxista, pues se vuelve una corriente de pensamiento que sustenta el agitado mundo del trabajo social: la lucha de clases; la pugna entre el capitalismo, el socialismo y la revolución, como acto liberador de los oprimidos; ideas que constituyeron el lente ideal desde el cual mirar a la sociedad latinoamericana.

El movimiento reconceptualizador del trabajo social se produce como un desencanto del ejercicio del trabajo social tradicional, con miras a una definición de este quehacer como práctica que busca la transformación social, que incide en la política y en el orden social injusto.

Para Alayón (2007) la mala asimilación de las teorías marxistas y las concepciones revolucionarias provocaron en los años setentas crisis en la profesión, pues según estas creencias el materialismo histórico y dialéctico se mueve más por motivos ideológicos que por cuestiones científicas y lo que el trabajo social necesitaba en ese momento de reconceptualización era un “proceso de cuestionamiento maduro y de construcción de propuestas y alternativas de cambio” (Alayón, 2007, p. 17), un razonamiento conceptual del trabajo social a la luz de la ciencia.

En la búsqueda de sociedades más justas, la intervención comunitaria sitúa al trabajador(a) social dentro de los movimientos sociales, pues su labor en este ámbito es promocionar la participación social apuntando a obtener el bien común colectivo; es aquí donde se incursiona en la política, con una vinculación congruente al marxismo.

Sin embargo, su quehacer, su definición conceptual y la construcción de las intervenciones sociales deben diseñarse desde las teorías científicas propias de las ciencias sociales. Las teorías ayudan al trabajo social a dar respuesta a las necesidades a través del conocimiento, por lo que las intervenciones son el desarrollo práctico de las teorías.

Aunque el movimiento de reconceptualización en sus inicios fue fuertemente influido por el marxismo, ligado al activismo político, tuvo que alejarse un poco de éste para redefinirse desde las ciencias y construir de manera más sólida tanto el objeto de intervención como la misma práctica.

Esta postura no representó un antimarxismo, sino un intento de perfeccionamiento técnico a través de la academia. No es alejamiento de la búsqueda de la transformación o cambio social o desinvolucramiento en la defensa de los grupos vulnerables, pues hasta la actualidad el trabajo social se sigue identificado como un quehacer favorecedor de la organización y movilización de los sectores populares en pro de sus intereses.

De acuerdo a las consideraciones de Arteaga y Tello (2000), en México, el trabajo social como profesión se ubica a principios de los años treinta del siglo pasado en el sexenio presidencial del General Lázaro Cárdenas del Río, a partir del desarrollo del estado de bienestar que fue permeando el país dos décadas después de la revolución mexicana. En los años subsecuentes esta profesión, primero técnica y luego de nivel superior, jugó un papel esencial en las nacientes instituciones generadas por la política social en los ámbitos de la asistencia social, salud, vivienda, educación y de impartición de justicia.

Más tarde, de acuerdo a lo estudiado por Felipe Torres (2009, pp. 140-141) en nuestro país el modelo de estado de bienestar desaparece al ingreso de las políticas

neoliberales, en la década de los ochenta del siglo pasado, que permiten la expansión de la iniciativa privada y reducen el gasto público destinado a las instituciones. Esta situación trae consigo repercusiones sociales tales como disminución de cobertura de población por parte de las instituciones públicas, aumento de la población dedicada al empleo informal, deficiente calidad instituciones, incremento de los índices de pobreza, violencia y por consecuencia una deficiente calidad de vida e inestabilidad social.

Estos conflictos sociales limitaron el actuar de los y las trabajadores(as) sociales a labores de apoyo y asistencia social, gestión de servicios y funciones técnicas dentro de las instituciones, pues la inmensa demanda social comparada con las pocas plazas institucionales para atenderla han obligado a los trabajadores sociales a desempeñarse en labores técnicas y masivas aplicando, en el mejor de los casos, tan sólo los métodos de trabajos social de grupo y de comunidad, pues hay que dar respuestas de impacto inmediato a mayor población. Esto aunado al desconocimiento que se tiene a nivel social de la profesión provoca que se ubique a los que la ejercen exclusivamente como apoyo de otros profesionales (médicos, psicólogos, abogados) o a la desvaloración de sus potencialidades.

Por ello, los retos que deben asumir los profesionistas ante el trabajo social contemporáneo han sido analizados desde diferentes ópticas, los autores que al respecto revisamos para este estudio son Nelia Tello (2004), Elí Evangelista (2013), y Alfredo Juan Manuel Carballeda (2010) en quienes observamos los siguientes puntos de coincidencia:

El trabajo social debe evolucionar hacia una acción transdisciplinar donde el trabajador(a) social haga uso de los conocimientos, métodos, técnicas y lenguajes (tecnicismos) de las ciencias sociales para diseñar, desarrollar y evaluar sus intervenciones. La ciencia debe servir como medio para el cambio social, para la transformación cultural.

Los profesionistas en trabajo social tienen la responsabilidad de buscar la capacitación y actualización permanente que lleve a la profesión a un mejor desempeño dentro y fuera de las instituciones y a la identificación y reconocimiento social de este

quehacer profesional que logre abrir espacios y oportunidades para un desarrollo profesional pleno.

Es necesario erradicar las formas estandarizadas de intervención social que no consideran la singularidad y subjetividad de las personas con problemas sociales, por ello los objetivos de la investigación social que practiquen los profesionales de trabajo social deben descubrir las causas de los problemas, no sólo las dimensiones estadísticas o tipologías de los mismos, es necesario abordar enfoques metodológicos cualitativos, que aunados a los cuantitativos, conduzcan a la aplicación de intervenciones desde lo individual pero también desde lo colectivo. Se deben superar los vínculos con las ciencias sociales con perspectivas positivistas para consolidar abordajes más integrales de las problemáticas sociales y sus soluciones.

Es necesario fomentar la expansión del desarrollo profesional del trabajo social fuera de las instituciones públicas, abrir espacios en los ámbitos privados, en las empresas y en las organizaciones de la sociedad civil, así como en las recientes áreas de intervención dedicadas al medioambiente y a la impartición de justicia.

Además, dentro de las instituciones el profesionista del trabajo social debe ser fuente de renovación continua de los procesos de intervención social, de la actualización permanente de métodos, técnicas y enfoques teóricos, así como agente activo en el diseño de la política social.

La incidencia en las políticas públicas es uno de los mayores retos del trabajador(a) social contemporáneo, pues entre el estado y su acción ejecutora, el gobierno y nosotros, se encuentran las personalidades políticas, los partidos políticos que según se dice se encargan de recoger las demandas de la sociedad y las organizaciones de la sociedad civil; sin embargo, el desarrollo profesional dentro de las instituciones ofrece esta posibilidad siempre y cuando el trabajo social esté sólidamente formado y sustente su actuación con argumentos contruidos desde la teoría social.

Es necesario ser profesionistas en el desempeño diario, actuar con calidad, con convicciones, ubicar el quehacer del lado de los necesitados, pugnar siempre por el bien

común e intentar contribuir al desarrollo de una política social efectiva y justa que contribuya al desarrollo social.

En el marco de los retos del trabajo social contemporáneo, esta profesión en el área de salud tiene un sinnúmero de temas que construir, ello se observa en la revisión que a continuación se presenta del estado actual de esta profesión en la institución de salud más grande del país y de mayor cobertura, el IMSS.

Para el siguiente ejercicio descriptivo utilizo los conceptos “área de actuación”, “campos de actuación” y “sectores de intervención”, empleados por Ander-Egg (1993, p. 7) para describir el quehacer profesional del trabajo social.

Por área de actuación se hace referencia a los sistemas que constituyen el bienestar social de una persona (educación, vivienda, salud, empleo, justicia); los campos de actuación se componen de subsistemas o servicios que se desarrollan dentro de un sistema, para este estudio nos referimos a los subsistemas de este sistema de salud (las prestaciones médicas y las prestaciones sociales). Los sectores de intervención son los grupos sociales que tienen una característica en común y para los cuales se destinan servicios o programas específicos (adultos mayores, personas con discapacidad, indígenas, etc.)

4.2 El trabajo social en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Al acatarse el mandato señalado en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 19 de enero de 1943, bajo el régimen del presidente Manuel Ávila Camacho, nace el IMSS con la finalidad de brindar protección médica y económica a la población trabajadora y sus familias.

Se crean las unidades de medicina familiar y los hospitales en donde se incluyen los servicios de afiliación y prestaciones económicas. Más tarde, en 1956 durante la gestión del Lic. Benito Coquet como Director General del IMSS, se crea un nuevo ramo de seguro para la población amparada por este Instituto, el de las prestaciones sociales institucionales (para asegurados y derechohabientes) y prestaciones sociales de

solidaridad social (dirigidas a población con alto grado de marginación, no derechohabiente); estipuladas en los artículos 208, 209, 2010 y 2014 de la *Ley del Seguro Social* (1997).

Dentro de este nuevo ramo de seguro se crearon las “casas del asegurado”, inmuebles donde se ofrecían cursos de artes menores para mejorar la economía familiar; además de una extensa red de teatros, centros vacacionales, unidades deportivas y centros de artesanías y artes plásticas. Tiempo después las casas del asegurado se convierten en lo que hasta en la actualidad se conoce como Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar (CSS), paulatinamente se complementa este componente social con los servicios de guarderías infantiles, velatorios y tiendas.

El complejo de unidades compuesto por teatros, centros culturales, centros de seguridad social, unidades deportivas, además de centros de artesanías y artes plásticas tienen hasta el día de hoy el objetivo de fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, además de contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, ofreciendo cursos, pláticas, campañas y eventos diversos en sus instalaciones deportivas, sociales, culturales, recreativas y vacacionales (IMSS, 2003, p. 27).

A principios de la presente década se integra a la estructura de las prestaciones sociales institucionales, dos nuevos modelos de atención, en 2010 el CASSAAM y en 2011 el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART).

4.2.1. Campos de actuación y funciones

El desarrollo del IMSS se fue dando de manera paralela al de los y las trabajadores(as) sociales. A partir del año de 1955 estos(as) profesionistas se fueron insertando en dos campos de actuación: el de las prestaciones médicas y el de las prestaciones sociales.

Las funciones iniciales que dentro de estos campos se les encomendaron fueron la atención a inconformidades, investigaciones en incapacidades prolongadas, así como la afiliación y orientación a trabajadores dentro de las unidades médicas, más tarde,

iniciaron las visitas domiciliarias a pacientes ambulatorios y el fomento de actividades culturales y deportivas, que enlazaron los servicios de prestaciones médicas con los de prestaciones sociales. También se participaba en la difusión los servicios y coordinación de cursos y talleres que impartían las casas del asegurado, ahora Centros de Seguridad Social (CSS), unidades deportivas (UD) y centros de artesanías (CA).

En la actualidad, existen cuatro categorías de base de la rama de Trabajo Social (SNTSS, 2012) y tres de confianza, una para el CASSAAM (IMSS, 2010); otra para el CECART y una más correspondiente a Jefaturas de Trabajo Social, cada una con requisitos de contratación y funciones distintas, abocadas a operar diversos procesos en los campos de actuación donde se desarrollan.




4.2.1.1 Unidades de atención médica

Dentro de las prestaciones médicas a nivel nacional laboran 3,964 trabajadores(as) sociales, 945 trabajadores(as) sociales clínicos(as), 135 trabajadores(as) sociales en hospital rural y 289 jefas o jefes de trabajo social, en total 5,333 plazas de la rama de trabajo social (IMSS, *Balance de plazas de prestaciones médicas*, 2015 y López, 2009). Existen 268 unidades de medicina familiar, 202 hospitales de segundo nivel de atención, 47 hospitales de tercer nivel de atención y 70 hospitales rurales, en total 577 unidades médicas (Inventario físico de unidades, 2015 y López, 2009).

Los procesos y actividades en los que se involucra a las y los trabajadores sociales en términos generales sus actividades se pueden clasificar como procesos sustantivos, de apoyo o adjetivos, administrativos o gerenciales, de función docente y de investigación, tal como se expone en los cuadros de análisis que a continuación presento.

Tabla 6. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en unidades de medicina familiar

Objetivo: Proporcionar atención integral a la salud con oportunidad, calidad, seguridad, en forma continua al asegurado y su familia para satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios y prestadores de servicio a través de una administración efectiva y uso transparente de recursos.


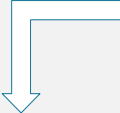
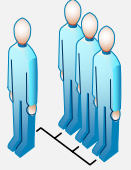
Entrada	Procesos o actividades	Salida
 <p>Trabajadores asegurados y sus beneficiarios (derechohabientes)</p>  <p>Médico familiar</p> <p>Enfermería</p> <p>Escuelas</p> <p>Empresas</p> <p>Comunidad</p>	<p>Sustantivos: Estudio e intervención social de caso, grupo o comunidad, promoción de la salud, grupos de ayuda mutua, educación para la salud, gestión social, apoyo social, identifica y refuerza redes de apoyo social de pacientes.</p> <hr/> <p>De apoyo o adjetivos: Constancias de asistencia médica, integra expediente social de pacientes, brinda asesoría de trámites y servicios, difusión de servicios, apoyo a la labor del médico, visitas domiciliarias, concertaciones intra y extrainstitucionales, derivación de pacientes a otros servicios, canalización de casos médico legales, trámites de certificados de defunción y encuestas de satisfacción, apoyo emocional, coordinación de equipos multidisciplinarios de salud y gestiona el trámite de pago de servicios derivados de la atención a no derechohabientes</p> <hr/> <p>Administrativos o gerenciales: Requisitado de formatos, coordinación de personal y asignación de cargas de trabajo, supervisión, detección de necesidades de capacitación, registro de productividad, elaboración de programas de trabajo, supervisión, reportes de indicadores y participación en procesos de capacitación permanente, participación en reuniones del equipo directivo de la unidad.</p> <hr/> <p>De investigación: Desarrollo de protocolos de investigación, participación en equipos multidisciplinarios de investigación, difusión de resultados de investigación, diseño de intervenciones o modelos teóricos de atención social, basados en evidencias científicas.</p> <hr/> <p>De función docente: Formación de recursos humanos en procedimientos y demás lineamientos institucionales, así como en técnicas específicas de trabajo social.</p>	<p>Hospitales</p> <p>Unidades de Prestaciones Sociales</p> <p>Comunidad</p> <p>Otras instituciones</p> <p>Organizaciones de la sociedad civil</p> 

Fuente: Elaboración propia con información del IMSS en los *Manuales de organización de unidades médicas del primer nivel de atención* (2012) y *Contrato colectivo del trabajo* (2012).

Como se observa en el cuadro anterior y en el que a continuación se muestra, los procesos sustantivos de trabajo social representan una mínima parte del global de procesos de trabajo social que se desarrollan en Unidades de Medicina Familiar, las funciones de apoyo o procesos adjetivos, así como los procesos gerenciales tienen gran carga de actividades y las labores dedicadas a la docencia e investigación, aunque están presentes son pocas veces realizadas por el personal de trabajo social.

Tabla 7. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en unidades médicas y hospitalarias del segundo, tercer nivel de atención y rurales

Objetivo: Otorgar atención médica eficiente, oportuna y segura, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios y de los prestadores de servicios, así como fomentar la educación y la investigación en salud a través de una administración eficiente y transparente de los recursos institucionales.

Entrada	Procesos o actividades	Salida
 <p>Trabajadores asegurados y sus beneficiarios (derechohabientes) población abierta</p>  <p>Médico especialista</p> <p>Comunidad</p>	<p>Sustantivos: Estudio e intervención social de caso o grupo para la rehabilitación social, promoción de la salud, grupos de ayuda mutua, gestión social, apoyo social y educación para la salud.</p> <p>De apoyo o adjetivos: Constancias de asistencia médica, asesoría de trámites y servicios, integra expediente social de pacientes, difusión de servicios, apoyo a la labor del médico para la adherencia terapéutica, visitas domiciliarias, concertaciones intra y extrainstitucionales, derivación de pacientes a otros servicios o a las unidades médicas de 1er. nivel, canalización de casos médico legales, trámites de certificados de defunción y aviso a familiares, donación de sangre y órganos, encuestas de satisfacción, apoyo emocional al paciente y su familiar y coordinación de equipos multidisciplinarios de salud, apoyo al médico epidemiólogo para el control epidemiológico, sensibiliza a pacientes y sus familiares cuando son programados a cirugía, recibe pacientes en urgencias, recaba sus pertenencias y regresa a sus familiares, identifica a cuidadores de pacientes y coordina su apoyo en el hospital, mantiene comunicación constante con pacientes y familiares y les informa sobre los reglamentos y procedimientos del hospital, gestiona el trámite de pago de servicios derivados de la atención a no derechohabientes, coordina la visita de pacientes del área de urgencias, coordina el traslado de pacientes a otros niveles de atención, identifica e interviene en casos de abandono de pacientes o a pacientes desconocidos, tramita altas de pacientes y promueve el registro civil de recién nacidos.</p> <p>Administrativos o gerenciales: Requisitado de formatos, coordinación de personal y asignación de cargas de trabajo, supervisión, detección de necesidades de capacitación, registro de productividad, elaboración de programas de trabajo, supervisión, reportes de indicadores y participación en procesos de capacitación permanente, participación en reuniones del equipo directivo de la unidad.</p> <p>De investigación: Desarrollo de protocolos de investigación, participación en equipos multidisciplinarios de investigación, brindar asesoría para el desarrollo de investigaciones con componente social, difusión de resultados de investigación, diseño de intervenciones o modelos teóricos de atención social, basados en evidencias científicas.</p> <p>De función docente: Formación de recursos humanos en procedimientos y demás lineamientos institucionales, así como en técnicas específicas de trabajo social.</p>	<p>Hospitales</p> <p>Unidades de Prestaciones Sociales</p> <p>Comunidad</p> <p>Otras instituciones</p> <p>Organizaciones de la sociedad civil</p> 

Fuente: Elaboración propia con información de los *Manuales de organización de unidades médicas y hospitalarias del segundo y tercer nivel de atención* (1996 y 2012), *Contrato colectivo del trabajo* (2012) y *Procedimiento para la intervención de la trabajadora social en los hospitales rurales del programa IMSS-oportunidades* (2010)

En el Cuadro 2 se señala que de las actividades del proceso sustantivo, la aplicación de los métodos específicos de caso, grupo y comunidad son poco desarrollados, en las unidades de primero, segundo y tercer nivel el más empleado es el de caso y no sigue las etapas que tradicionalmente debe seguir un estudio de caso, situación que fue evidenciada en una investigación realizada con respecto al tema (Medina, 2009); en los hospitales rurales se da mayor énfasis al trabajo comunitario.

Las actividades que estos profesionales y técnicos desarrollan varían de acuerdo a la categoría de escalafón que sustentan, el tipo de unidad médica (1°, 2°, 3° nivel u hospital rural) y el área médica donde se les ubique: a) Atención médica, b) Salud en el trabajo, c) Medicina Preventiva y d) Salud reproductiva.

Para la categoría de Trabajo Social se requiere contar con la carrera técnica de trabajo social, por lo que este personal desarrolla los procesos sustantivos, de apoyo o adjetivos, administrativos (casi en su totalidad) y en muy pocas ocasiones funge como docente, su labor en este rubro se reduce en muchas ocasiones al apoyo logístico en el manejo de materiales didácticos. Respecto al proceso de investigación, el o la trabajador(a) social, en la mayoría de las ocasiones, sólo desarrolla funciones de apoyo técnico tales como aplicación de encuestas, captación de informantes para la integración de muestras, recopilación de información de la investigación, entre otras.

Las personas que desempeñan la categoría de Trabajo Social Clínico cuentan con la licenciatura en trabajo social por lo que deben desarrollar todas las funciones que emanan del total de los procesos de trabajo social antes descritos, con especificidad en los de investigación y formación de recursos, aunque son pocas los registros de investigaciones realizadas por los trabajadores de esta categoría y lo mismo sucede con el diseño de modelos de atención social teóricos, aunque su profesiograma los marca como parte de sus responsabilidades.

Las razones por las cuales no se diseñen modelos o intervenciones sociales teóricas pueden relacionarse a las múltiples cargas de actividades de apoyo, meramente técnicas que el personal de trabajo social tiene que desarrollar y que le restan tiempo para ello, también a la falta de plazas de personal que provoca que disminuya el ritmo de trabajo, aunado a las carencias de dominio teórico y metodológico para ello; tal vez por estas razones es que en las instancias normativas del IMSS se diseñan los modelos o intervenciones que se implantan en las unidades médicas para ser desarrollados por el personal de trabajo social.

Las personas que desempeñan el puesto de Jefe(a) de Trabajo Social, se avocan por completo a los procesos administrativos o de gerencia, en parte a la investigación y a las labores docentes, para lo que deben contar con escolaridad mínima de licenciatura en trabajo social, amplia experiencia en el desarrollo operativo del trabajo social y formación adicional en administración.

Para la categoría de Trabajador(a) Social en Hospital Rural se requiere únicamente el título y carrera técnica en trabajo social, sin embargo, tanto en su profesiograma, como en el procedimiento específico para su actuación (2010) se le exige desarrollar funciones similares a las de la categoría de Trabajo Social Clínico, además de mayor actividad comunitaria.

Puede afirmarse que las intervenciones sociales en el IMSS se desarrollan de diferentes maneras de acuerdo a su campo de actuación. En las unidades de medicina familiar se trabaja más la metodología de grupo, poco se aborda la de comunidad y rara vez se aplica la metodología de caso; en los hospitales se privilegia la metodología de caso, aunque también se aplica lo relativo a grupo, en unidades y hospitales médico rurales la metodología de comunidad, así como la de grupo juegan un papel preponderante, pero también se utiliza la metodología de caso.

En el análisis a los procedimientos de hospitales de segundo y tercer nivel, y también en las unidades y hospitales médico rurales, se guía la actuación de los profesionales de trabajo social para aplicar la metodología de caso, como instrumentos se utilizan el expediente social que incluye el estudio médico social y la nota social, las técnicas más empleadas son la entrevista, la observación y la visita domiciliaria.

La metodología de grupo y comunidad en las unidades y hospitales médico rurales está suficientemente desarrollada en sus procedimientos de actuación, en ellos se describe las etapas para abordar tanto el grupo, como la comunidad, se emplean técnicas de investigación documental, encuestas, observación y se utilizan instrumentos tales como diagnósticos socioculturales, crónicas de grupo y diarios de campo.



4.2.1.2 Unidades operativas de prestaciones sociales

En este apartado se revisa lo relativo a 121 Centros de Seguridad Social, 12 Unidades Deportivas, 3 Centros de Artesanías, el CASSAAM y el CECART, y 1,233 Centro de Extensión de los Servicios (Memoria estadística de prestaciones sociales, 2015), estos últimos ubicados en espacios comunitarios o de unidades médicas.

Se cuenta con las siguientes plazas de la rama de trabajo social: 318 de auxiliar de trabajo social, 240 de trabajador(a) social, 40 de trabajador(a) social clínico, 3 promotor paramédico (trabajador(a) social gerontológico) y 2 de trabajador(a) social CECART, en total 643 plazas.

Como se mencionó antes, la escolaridad requerida para la categoría de auxiliar de trabajo social es de secundaria; para trabajador social es carrera técnica en trabajo social; para trabajador social clínico es licenciatura en trabajo social.

Tabla 8. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas y Centros de Artesanías

Entrada	Procesos o actividades	Salida
<p>Asegurados, sus beneficiarios y población abierta</p>  <p>Unidades de Medicina Familiar</p> <p>Otras UOPSI</p> <p>Comunidad</p> <p>Empresas</p> <p>Escuelas</p>	<p>Sustantivos: Estudio e intervención social de grupo o comunidad, promoción de la salud, grupos de ayuda mutua, gestión social, apoyo social y educación para la salud, diagnóstico comunitario, fomento de la participación social, estudios de deserción de alumnos.</p> <p>De apoyo o adjetivos: Concertaciones intra y extrainstitucionales, apoyo logístico para el desarrollo de reuniones directivas, coordinación y logística de pláticas, campañas, ferias de la salud y otros eventos culturales, deportivos, recreativos y de capacitación técnica, aplicación de encuestas de satisfacción de los servicios, atención de pacientes derivados de unidades médicas para complementar su tratamiento con el enfoque social, coordinación del personal docente para el desarrollo de eventos, desarrollo de excursiones y/o campamentos, promoción y difusión de los servicios, elaboración de periódicos murales.</p> <p>Administrativos o gerenciales: Requisitado de formatos, inscripción de alumnos a cursos y talleres, participación en reuniones del equipo directivo de la unidad, coordinación de personal, informes de avances a indicadores.</p> <p>De investigación: Participación en el desarrollo de protocolos de investigación.</p> <p>De función docente: Formación de personal voluntario y asesoría a las categorías de Auxiliar de Trabajo Social y Trabajo Social en procedimientos y demás lineamientos institucionales, así como en técnicas específicas de trabajo social.</p>	<p>Otras Unidades de Prestaciones Sociales</p> <p>Comunidad</p> <p>Otras instituciones</p> <p>Organizaciones de la sociedad civil</p> 

Fuente: Elaboración propia con información del *Manual de organización de centros de seguridad social* (1996), *Contrato colectivo del trabajo* (2012) e *Instructivo de operación para trabajo social* (2000)

Las personas que ocupan la categoría de Auxiliar de Trabajo Social en las unidades operativas de prestaciones sociales, únicamente realizan las funciones de apoyo al personal de las categorías de Trabajo Social y Trabajo Social Clínico, además de participar en las actividades de los procesos de apoyo y algunas funciones administrativas básicas como el requisitado de formatos o elaboración de informes de su desempeño laboral. Esto responde a que el requisito de escolaridad para ingresar a la categoría de Auxiliar de Trabajo Social es únicamente de secundaria y previamente a su inicio laboral, se le capacita en temas y técnicas básicas de trabajo social.

Con relación al cuadro anterior, se observa que las y los auxiliares de trabajo social apoyan en casi todos los procesos ahí referidos, únicamente no participan en los de investigación y de función docente. En la categoría de trabajo social el único proceso que de acuerdo al profesiograma no se realiza es el de investigación. En la categoría de trabajo social clínico se desempeñan las funciones que se encaminan a abarcar todos los procesos del cuadro.

Como se observa, en los centros de seguridad social, unidades deportivas y centros de artesanías no se aplica la metodología de caso, el principal énfasis se da en la de grupo o comunidad, aunque regularmente no se siguen las etapas del método específico de trabajo social para ello.

Aunque la categoría de trabajo social clínico marca en el profesiograma la responsabilidad de que este personaje diseñe modelos teóricos de intervención social, en la realidad esta labor no se realiza, porque el desarrollo del trabajo social en estas unidades se basa únicamente en los modelos de intervención social que están plasmados en las normas institucionales y que son diseñados en el área normativa del IMSS para la unificación de la atención a nivel nacional. El personal que posee esta categoría en pocas ocasiones desarrolla protocolos de investigación, debido a las intensas cargas de trabajo y a la falta de experiencia y conocimientos en metodología de investigación.

El trabajo social inserto en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales, (UOPSI), se aplica en un nivel técnico, no logra vincularse como una labor

profesional, pues además de contar con muy pocas personas con licenciatura en trabajo social, no se posee un buen modelo de atención social a la salud, que logre impulsar el quehacer de los profesionistas en trabajo social, en sus normas y procedimientos ni siquiera se menciona la metodología tradicional de caso, grupo o comunidad, no se habla de un expediente social, existe referencia mínima a métodos y técnicas de trabajo social.

El trabajo social no es reconocido ni valorado en sus competencias profesionales, se le considera una labor de apoyo a las funciones de las prestaciones sociales. Pocas son las personas que logran destacar por su desempeño profesional, pues al personal de trabajo social se le sigue considerando como un ser dotado de características especiales (nobleza, amabilidad...) para atender con trato digno a la gente, no se le considera como un profesionista, sino una persona de buena voluntad que siempre está dispuesta a ayudar a todos.

La mayor parte de las actividades que el trabajador o la trabajadora social desarrolla en prestaciones sociales cubren el rol de animador sociocultural o recreador, pues se dedica a organizar eventos o actos tales como concursos, bailes, caminatas, convivencias, excursiones, entre otros.




Una persona con carrera técnica en trabajo social o licenciatura en trabajo social, que se gane el reconocimiento por su entusiasmo y arduo trabajo, además de su experiencia en prestaciones sociales del IMSS, puede concursar para ocupar una plaza de confianza como director(a) de un centro de seguridad social, centro de artesanías o unidad deportiva, el grado académico (técnico o licenciatura) no es relevante.

Junto a la labor del personal de trabajo social, se desarrollan otra categoría con funciones similares a las del trabajo social: Promotor de salud comunitaria (79 plazas), para la cual se requiere tener estudios mínimos de secundaria y aprobar un curso técnico de ingreso. Las labores principales que desarrolla este personaje son participación en la elaboración de diagnósticos de salud, promoción de acción comunitaria, conformación de grupos de ayuda mutua, coordinación y desarrollo de pláticas educativas en salud, promoción de acciones de recreación, cultura, alimentación y vivienda, campañas de

saneamiento ambiental, difusión de los servicios de prestaciones sociales, logística de eventos (pláticas, campañas, entre otros), reclutamiento y capacitación de voluntarios, labora tanto dentro de las unidades, como en la comunidad (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2012).

Todo lo revisado en este apartado nos lleva a considerar que en las prestaciones sociales del IMSS se considera que el ejercicio del trabajo social es algo tan sencillo que cualquier persona lo puede hacer con cierto adiestramiento.

Tabla 9. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM)

Entrada	Procesos o actividades	Salida
 Personas adultas mayores derechohabientes	<p>Sustantivos: Aplicación de metodología de caso, promoción de la salud, grupos de ayuda mutua, educación para la salud, gestión social, apoyo social, redes sociales, fomento y coordinación de acciones de participación social, aplica escalas estandarizadas de valoración social gerontológica, recomienda y desarrolla intervenciones sociales, evaluación del entorno familiar y comunitario de las personas adultas mayores, participación en reuniones interdisciplinarias.</p>	Otras Unidades Operativas de Prestaciones Sociales
 Unidades de Medicina Familiar	<p>Adjetivos o de apoyo: Concertaciones intra y extrainstitucionales, apoyo en caso de emergencia médica de beneficiarios del centro, coordinación y logística de eventos diversos, orientación a personas adultas mayores y sus familiares sobre los servicios del centro.</p>	Unidades de Medicina Familiar Otras instituciones
	<p>Administrativos o gerenciales: Elabora el plan de trabajo específico para su función, detecta problemáticas y aporta sugerencias, gestión de recursos materiales para el desarrollo de su labor, informes periódicos sobre avance a indicadores de desempeño.</p>	Organizaciones de la Sociedad Civil
	<p>De investigación: Desarrollo de protocolo de investigación y participación en equipos multidisciplinarios de investigación, diseño de modelos teóricos de intervención social en envejecimiento, difusión de resultados de investigación en congresos o revistas científicas.</p>	
	<p>De formación docente: Formación de agentes comunitarios voluntarios, formación de recursos humanos en métodos y técnicas del trabajo social aplicadas a personas adultas mayores. Asiste a cursos de actualización o capacitación en el puesto.</p>	

Fuente: Elaboración propia con información del IMSS en el *Manual de organización del Centro de Estudios y Atención Gerontológica* (2010), "Perfil del Promotor Paramédico (trabajo social)" en *Catálogo para la descripción de puestos de confianza* (2010) y *Procedimiento para desarrollar los servicios de envejecimiento activo* (2011).

Tal y como puede observarse en el quehacer del personal de trabajo social del CASSAAM es más complejo que el de los CSS, UD y CA y más especializado, además de atender a una población específica, personas adultas mayores, por lo que en el perfil profesional del promotor paramédico trabajo social gerontológico, el requisito de escolaridad es título y cédula profesional de la licenciatura en trabajo social con especialidad en atención a personas adultas mayores o diplomado en gerontología.

Aquí a diferencia de las anteriores UOPSI se desarrolla la metodología trabajo social de caso, no la de grupo o comunidad, sin embargo, esta metodología en la etapa de investigación del caso se aplica en el escritorio utilizando escalas de valoración estandarizadas: “Instrumento sobre redes sociales de Díaz Veiga”, “Escala para detectar sobrecarga del cuidador Zarit & Zarit”, “Medición WHOQoL sobre calidad de vida”, “Instrumento para detectar intereses recreativos y ocupacionales” y Listado de chequeo casa segura” (IMSS, *Procedimiento para desarrollar los servicios de envejecimiento activo*, 2011).

Después con base en los resultados cuantitativos que arrojan dichas escalas se deduce el diagnóstico en equipo interdisciplinario y con la suma de los diagnósticos de todos los profesionistas que evalúan a la persona adulta mayor, se planea la intervención, se aplica durante cierto tiempo y posteriormente se evalúa la eficacia de la misma mediante el uso de las escalas de valoración que se aplicaron con anterioridad.

De acuerdo a ello, en este estudio de caso no se realiza visita domiciliaria para evaluar el entorno familiar o comunitario, tampoco se emplea ningún otro método o técnica de trabajo social o de las empleadas en las ciencias sociales (familiograma, entrevista semiestructurada, historia de vida, etcétera).




En el cuadro de análisis del CASSAAM se observa que los procesos sustantivos son más relevantes que los de apoyo o administrativos y tiene gran importancia la investigación, el diseño de modelos teóricos de intervención social y la formación de recursos humanos.

Se observa que los procesos que el personal de Trabajo Social Clínico debe desarrollar en unidades médicas y de prestaciones sociales, son muy similares a los de la categoría de trabajo social de confianza en el CASSAAM, sin embargo, a los profesionales de este último centro también se les pide que desarrollen modelos de intervención social en salud, avalados como exitosos mediante evidencias científicas, que puedan ser replicados en los demás Centros de Seguridad Social y Unidades Deportivas.

En el CASSAAM la única categoría que tiene tres plazas es la de promotor paramédico trabajo social gerontológico, existen dos plazas de psicólogo y sólo una plaza de las demás categorías; además en el perfil de la plaza de Director de este Centro se especifica que para ocupar dicho puesto se debe ser profesionista de lo social (Trabajo Social, Sociología, Promoción a la Salud, Psicología, Gerontología), no de profesiones médicas o administrativas, lo que nos puede indicar la importancia que tiene la intervención social en el diseño de este modelo de atención.

Sin embargo, desde que se inició la operación del centro no se ha contado con tres personas que cubran el área social del proceso de atención, pues se considera que tres profesionales de trabajo social son muchos para operar los procesos que les han sido encomendados, en el mejor de los casos se han cubierto dos de las tres plazas existentes.

Tabla 10. Análisis de procesos y actividades de trabajo social en el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART)

	Procesos o actividades	Salida
  Unidades de Medicina Familiar	Sustantivos: Aplicación de metodología de caso, fomento de la participación social mediante la reincorporación laboral, estudio social laboral en equipo interdisciplinario, educación para la salud, aplicación de entrevistas.	 Empresas Otras instituciones Organizaciones de la Sociedad Civil
	Adjetivos o de apoyo: Inducción a los servicios,, promoción de los servicios de capacitación laboral, registro y control del proceso de capacitación laboral, control de la derivación de pacientes de las unidades de medicina familiar al centro, concertaciones intra y extrainstitucionales.	
	Administrativos o gerenciales: Informes periódicos para el desempeño de la función	
	De investigación: No aplica	
	De formación docente: No aplica	

Fuente: Elaboración propia con información del IMSS en *Manual de organización del CECART* (2009), "Perfil del Trabajador Social en CECART" en *Catálogo para la descripción de puestos de confianza* (2010) y *Procedimiento para la operación del CECART* (2015).

Para ocupar la plaza de confianza denominada Trabajo Social en CECART se debe poseer título y cédula profesional de la licenciatura en trabajo social o carrera técnica en trabajo social, que se posea nivel técnico o licenciatura se considera indistinto para las responsabilidades asignadas y se brinda la misma remuneración salarial.

De acuerdo a lo observado en el cuadro anterior, los procesos o actividades de trabajo social en el CECART son muy pocos, aunque se habla de la aplicación de la metodología de trabajo social de caso, lo cual no corresponde a las competencias

desarrolladas en la formación académica de una persona con carrera técnica en trabajo social, de acuerdo al plan de estudios vigente de la SEP (2013) y sí es congruente con la formación de la licenciatura en trabajo social (Evangelista, 2013:185).

En el perfil de trabajador(a) social del CECART (IMSS, Catálogo de descripción de puestos de confianza, 2010) se menciona que este personaje tiene la responsabilidad de aplicar la metodología de trabajo social de caso pero en los requisitos para aspirar a ocupar esta plaza se pide que se tengan conocimientos de la metodología de grupo, no de caso. Seguramente estas incongruencias son la causa de que la metodología de caso a cargo del personal de trabajo social no se aplique en la operación del CECART.

Por otra parte, no se contempla a la profesión de trabajo social para aspirar a ocupar la plaza de Director(a) en este centro de atención social, se requiere para ello a profesiones del ámbito médico o administrativo.

En términos generales se observa que en los centros de seguridad social, las unidades deportivas y los centros de artesanías se abordan la metodología de grupo y de comunidad, no la de caso, pues su modelo de atención así lo estipula.

En el CASSAAM, la metodología del trabajo social que predomina es la de caso, pero la peculiaridad aquí es que las intervenciones sociales que se aplican, aunque se enfocan de manera individualizada, se atienden de manera grupal, es decir, una intervención social individualizada de atención grupal.

Los trabajadores o trabajadoras sociales de este centro tiene un área de oportunidad de ejercer profesionalmente su labor con especialización en la metodología de caso, diseño de modelos o intervenciones sociales con respaldo teórico, ejercer la docencia y desarrollar modelos aplicativos, su reto será defender sus funciones demostrando sus competencias.

El modelo de atención del CECART propone una atención mediante la metodología de caso, sin embargo, esto no se aplica puesto que el papel del personal de trabajo social

es muy limitado, es necesario precisar el trabajo social dentro del proceso de atención del centro y rediseñar el perfil de Trabajador(a) Social del CECART.

4.2.2 Sectores de intervención

Los sectores de intervención, o tipo de población, a los que se dirigen los servicios institucionales en los que está involucrado el trabajo social son diversos de acuerdo al campo de actuación en los que se brindan y al tipo de programas que en ellos operan.

De acuerdo a la Ley del Seguro Social (1997), los sujetos de atención del IMSS, son los trabajadores ante esta institución, además de sus beneficiarios, esposo(a) o concubina(o) ascendientes (padres) y descendientes (hijos). Tanto los asegurados, como sus beneficiarios son considerados para dicha ley como derechohabientes. Las prestaciones que de acuerdo al artículo 11 el IMSS está obligado a brindar a los asegurados son: Riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; Invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, guarderías y prestaciones sociales. Los servicios a los que se tiene derecho los beneficiarios son atención a enfermedades y prestaciones sociales.

En el área médica, específicamente en las unidades de medicina familiar y hospitales de segundo y tercer nivel, regularmente se atiende a 38,670,568 personas derechohabientes, adscritos a la atención médica (IMSS, 2011), mediante diferentes programas específicos de acuerdo al sector de intervención de que se trate. La distribución de esta población según la edad puede ubicarse en el cuadro siguiente:

Tabla 11. Población IMSS adscrita a médico familiar

GRUPOS POR PROGRAMA	HOMBRES Y MUJERES	
	TOTAL	RELATIVA
Menores de 10 años	6,766,217	17.50
Adolescentes 10-19 años	5,180,487	13.40
Mujeres 20-59 años	11,428,617	29.55
Hombres 20-59 años	9,247,895	23.91
Mayores de 59 años	6,047,352	15.64
T O T A L	38,670,568	100.00

Fuente: IMSS, 2001, Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación, 2011.

En el programa IMSS-Prospera se atiende aproximadamente a 10,284,017 personas, equivalentes a 2.7 millones de familias, 4.8 millones son indígenas que representan el 33% del total de este grupo (López, C. 2009).

A continuación se describen los programas para sectores específicos de la población que operan en las unidades de medicina familiar, incluyendo, en algunos casos, a las unidades médico rurales mediante el método de trabajo social de grupo.

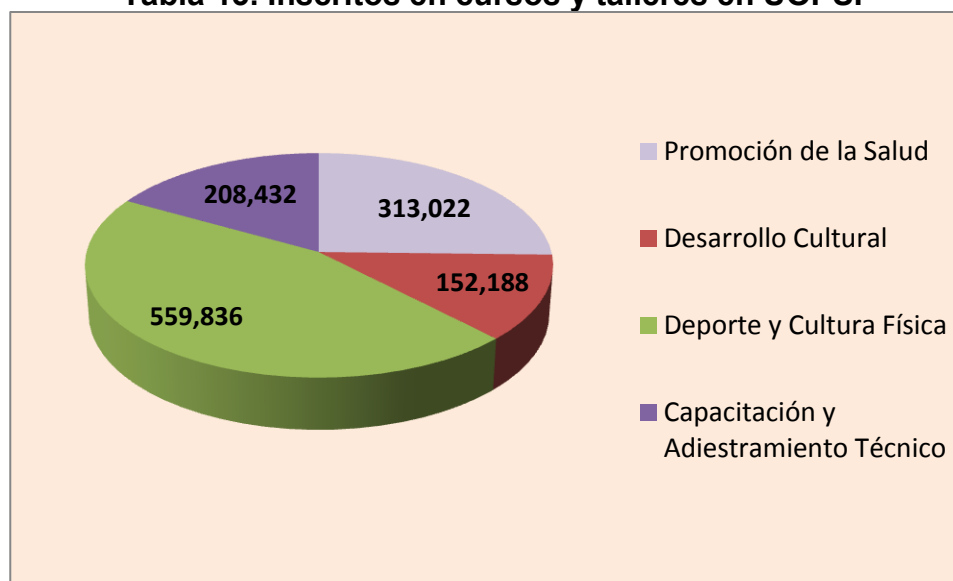
Tabla 12. Sectores de intervención de trabajo social en unidades médicas

Programa	Objetivo	Población objetivo
PrevenIMSS	Incorporar a los derechohabientes a las estrategias de promoción y educación integral PREVENIMSS, según su grupo de edad para favorecer el desarrollo de hábitos, así como de un estilo de vida activo y saludable y contribuir a incrementar factores de protección y habilidades para la vida en la población derechohabiente.	Derechohabientes en unidades de medicina familiar de todos los grupos de edad o población vulnerable de zonas rurales o urbano marginadas beneficiada del esquema de atención IMSS-Prospera
PrevenIMSS en empresas	Desarrollar acciones de promoción, prevención y detección de la salud de los trabajadores a través de la atención preventiva integrada; la seguridad e higiene en el trabajo y las prestaciones sociales institucionales en el marco de PREVENIMSS en empresas.	Trabajadores asegurados en su centro laboral.
JuvenIMSS	Incorporar a los estudiantes derechohabientes de educación media superior y superior a los programas integrados de salud PREVENIMSS para la atención preventiva integrada	Adolescentes y jóvenes de 15 a 25 años, estudiantes en su centro educativo.
ChiquitIMSS	Contribuir al cambio de cultura de la salud que promueve el cuidado de la salud de los y las niños(as) derechohabientes don sentido integral y humano para formar generaciones más saludables.	Niños y niñas menores de 10 años en su centro educativo (guarderías y primarias)
GeriatrIMSS	Desarrollar acciones de promoción, prevención y educación en la salud a través de la atención preventiva integrada; y la valoración geronto geriátrica integral.	Derechohabientes mayores de 59 años de edad.
Programa IMSS-Prospera	Desarrollar acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.	Población no derechohabiente de zonas marginadas (rurales, urbanas y suburbanas), así como de poblaciones indígenas.

Fuente: Elaboración propia con información del IMSS en los procedimientos de operación de los programas y la *Guía técnica y dinámicas participativas ChiquitIMSS* (2010).

Por su parte, en 2014, en el complejo de Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales a nivel nacional se contó con 1'233,478 inscritos en cursos y talleres de promoción de la salud, desarrollo cultural, deporte y cultura física, así como de capacitación y adiestramiento técnico; con los que se registró una asistencia de 32'274,563 personas a pláticas, campañas, ferias de la salud, concursos culturales, muestras y competencias deportivas, entre otros actos masivos.

Tabla 13. Inscritos en cursos y talleres en UOPSI



Fuente: Elaboración propia con información del IMSS, en el *Sistema de información de prestaciones sociales*, 2014.

Estas acciones son coordinadas y en algunos casos también desarrolladas por el personal de la rama de trabajo social a través de la metodología de trabajo social de grupos y de comunidad; en las cifras anteriores se reflejan los resultados numéricos de la operación de diferentes programas que atienden a sectores de intervención específica y que a continuación expongo.

Tabla 14. Sectores de intervención de trabajo social en UOPSI

Programa	Objetivo	Población objetivo
Programa de educación para la salud por grupo etario	Incidir en la disminución de factores de riesgo de los usuarios para mantener y mejorar su bienestar, mediante actividades y servicios en materia de fomento a la salud por grupo etario.	Derechohabientes y no derechohabientes, usuarios de UOPSI.
Por un peso saludable en niños y adolescentes... Chécate, mídete, muévete	Promover estilos de vida activa y saludable para mantener o recuperar un peso adecuado para la salud de acuerdo a edad, mediante intervenciones sociales de orientación alimentaria, ejercicio físico, arte y salud, habilidades para la vida y formación de clubes de ayuda mutua.	Niños(as) y población adolescente de 3 a 19 años
Programa para la prevención de adicciones y violencias	Fortalecer los factores de protección ante las adicciones y violencias.	Población abierta de todos los grupos etarios
Programa de promoción y fomento de la salud para pueblos indígenas y comunidades rurales	Desarrollar acciones de fomento y educación para la salud, cultura, capacitación en actividades productivas, actividad física-deportiva, así como promoción y difusión de los derechos humanos, en beneficio de la población indígena y rural, dirigidas a impulsar la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud, mejorar el nivel y calidad de vida, así como sentar las bases de una cultura de vida activa y saludable	Población de pueblos indígenas y comunidades rurales
Programa El IMSS piensa y crea ambientes saludables	Reafirmar la importancia del ambiente como determinante de la salud, a fin de generar una conciencia y una cultura del cuidado del medio ambiente, a nivel institucional y comunitario	Trabajadores IMSS y población abierta en comunidad
Programa institucional sobre los derechos de las personas con discapacidad	Coadyuvar a la formación y fortalecimiento de una cultura de respeto e integración social y laboral para las personas con discapacidad	Personas con discapacidad y de manera extensiva a la población abierta
Programa de Envejecimiento Activo	Desarrollar acciones de valoración gerontológica y atención social a la salud que conduzcan el desarrollo de los Servicios de Envejecimiento Activo dirigidas a mantener, prolongar y recuperar la independencia funcional	Personas adultas mayores y su red social de apoyo.

Fuente: Elaboración propia con información del IMSS extraída de los procedimientos de cada programa.

(Continuación)

Programa	Objetivo	Población objetivo
Programa de Atención social a la salud de derechohabientes referidos por el área médica	Otorgar atención social a la salud de derechohabientes referidos por el área médica, mediante intervenciones dirigidas para promover la modificación de hábitos y estilos de vida, impulsar una cultura de vida activa y saludable y contribuir al mejoramiento de su estado de salud, prevención y/o control de enfermedades y sus complicaciones	Población derivada de la atención médica institucional.
Programa Hospitalarte	Desarrollar intervenciones lúdico-culturales en la infraestructura hospitalaria institucional con atención pediátrica	Población infantil hospitalizada y sus familiares
Programa Sigamos aprendiendo en el hospital (Programa coordinado Secretaría de Salud-IMSS-Secretaría de Educación Pública)	Brindar apoyos pedagógicos a menores que se encuentran internados en instituciones de salud por largos periodos, evitando con ello el retraso o rezago en la educación básica	Población infantil y adolescentes que se encuentran hospitalizados por largos periodos.

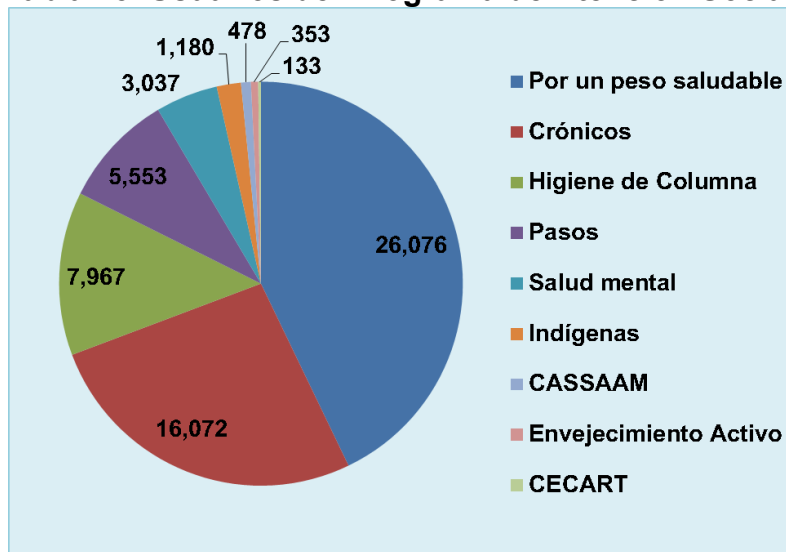
Fuente: Elaboración propia con información del IMSS extraída de los procedimientos de cada programa.

Del año 2003 a 2006, en las prestaciones sociales institucionales se buscó mejorar los servicios y medir el impacto de los mismos en la salud de la población, derivado de ello se creó el “Programa de servicios de enlace entre prestaciones médicas y prestaciones sociales”. En las UOPSI se atendían pacientes de las unidades de medicina familiar que padecían diabetes, hipertensión y obesidad para recibir intervenciones de atención social para el control de su enfermedad o reducción de peso corporal. Mediante indicadores específicos (peso corporal, índice de masa corporal, mediciones antropométricas y presión arterial) se practicaban evaluaciones pre y post intervención para identificar el impacto de los servicios brindados.

A partir de 2006 y hasta la fecha, el “Programa de servicios de enlace” se transformó y cambio de nombre por el Programa de Atención Social a la Salud en el cual se atiende tanto a pacientes referidos del área médica como a población no derechohabiente, con diferentes intervenciones dirigidas a atender mediante

intervenciones sociales un amplio abanico de padecimientos para un mejor control de los mismos o para mantener o mejorar la funcionalidad de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria, para ello se mide el impacto de las intervención con base en indicadores cuantitativos. En este programa se atendió en 2014 a 60,849 usuarios de acuerdo a la siguiente distribución por padecimiento, programa o unidad operativa.

Tabla 15. Usuarios del Programa de Atención Social



Fuente: Elaboración propia con información del IMSS en el Sistema de información de las prestaciones sociales institucionales (2014)

4.3 Teoría social aplicada en la intervención social en salud

En los apartados anteriores observamos algunos enfoques al desarrollo histórico del trabajo social desde sus orígenes hasta nuestros días. Se analizaron los principales retos que dicha profesión tiene ante los problemas sociales contemporáneos, el principal de ellos es la especialización y profesionalización del trabajo social mediante la aplicación de las teorías sociales en los métodos tradicionales del trabajo social: caso, grupo y comunidad.

También se expuso el desarrollo del profesionista en trabajo social en el IMSS, se señaló que este quehacer es sumamente complejo por la gama de actividades, ámbitos, sectores de intervención y programas que opera. Ante la desorientación que puede generar tal multiplicidad de funciones del trabajador social, el uso de diversas teorías

sociales, junto con sus métodos y técnicas puede contribuir tanto a esclarecer el panorama de su desarrollo profesional, como a la realización de mejores análisis, reflexiones, juicios críticos y actuaciones ante las problemáticas sociales.

Según los modos o sectores de intervención a los que se deba atender, se puede aplicar uno u otro enfoque teórico proveniente de la teoría económica, sociológica, antropológica, psicológica o alguna otra de las ciencias sociales o las humanidades. Lo importante es acompañar el hacer práctico de la profesión con el carácter teórico que lo sustente para que a través de la investigación basada en las leyes emanadas de las teorías, se tenga un mejor conocimiento de la realidad en la que se intervendrá, se prevean las soluciones a las problemáticas sociales, se enfoquen los objetivos de las intervenciones y se pronostiquen los efectos de las mismas y finalmente se pueda evaluar los resultados.

La profesionalización de la actuación del trabajador social fincada en el uso del conocimiento teórico, no sólo aporta identidad al trabajador social sino que proporciona confianza en el quehacer pues operar la profesión con sustento teórico orienta lo que hay que hacer pero también el cómo hacerlo, los métodos ideales a emplear.

El trabajo social contemporáneo exige reflexionar sobre sus limitaciones teóricas, metodológicas y de principios para estar dispuestos a elaborar teoría propia, a partir del contexto en el que se desarrolla del quehacer práctico.

En el presente existen infinidad de recursos institucionales, tanto para preparar a los profesionales en trabajo social como para atender las demandas de la población. La atención de necesidades sociales sigue desarrollándose a través de las diversas instituciones que abarcan las áreas de intervención ya mencionadas. Esto se convierte en un área de oportunidad para ejercer el trabajo social contemporáneo como un quehacer especializado en la intervención social, el reto es que en las instituciones se ubique el desempeño del personal de trabajo social como parte de un quehacer profesional con competencias específicas que son avaladas por evidencias científicas.

Los estados establecen políticas sociales para que sean operadas a través de sus diversas instituciones para atender las demandas de sus poblaciones, sin embargo, no es

secreto que continúan existiendo problemas sociales tales como desempleo, desnutrición, inseguridad, prostitución, falta de vivienda, desigualdad entre géneros, narcotráfico, violencia intrafamiliar, poca participación social y política, corrupción, etc. El uso de las teorías para el desarrollo del trabajo social debe llevar a provocar procesos de transformación social de abajo hacia arriba, de lo micro a lo macrosocial, pequeños cambios que vayan permeando en la sociedad desde el individuo, la familia y la comunidad.

Pero ¿cómo operar este reto, cómo llevarlo del discurso y la necesidad a la práctica, cuando en las instituciones los programas y los modelos de atención se implantan como normas, procedimientos que hay que seguir al pie de la letra para no caer en desviación?

Hay dos opciones, infiltrarse en los niveles institucionales de toma de decisiones, donde se dictan las políticas públicas y se diseñan los documentos normativos o bien seguir la frase “a caminar se enseña andando no mediante explicaciones o discursos”. Es necesario desviarse de la conformidad e innovar, demostrar lo que desde el trabajo social se puede hacer para provocar el cambio social, una demostración práctica que tenga confiabilidad y rigor metodológico, es decir, un quehacer fincado en el método científico, en la investigación.

La aplicación práctica de las teorías sociales para la solución de problemas (Barra, 1998, pp. 286-303; Evangelista, 2013, pp. 189-190) puede darse en la investigación mediante su aplicación en cuatro niveles:

- 1) Diagnosticar la realidad.
- 2) Diseño de intervenciones.
- 3) Evaluación de intervenciones.
- 4) Sistematización de la práctica profesional.

Los marcos de la teoría social para el desarrollo de investigaciones encaminadas a conocer la realidad sirven para definir y conocer el problema o problemas sociales en los

cuales se debe intervenir, así como para identificar la necesidad de hacerlo; sin embargo, el diagnóstico de un problema no es suficiente para su solución pero es imposible intentar solucionar un problema que no esté plenamente identificado.

El diseño de intervenciones sociales con sustento teórico para atender cierta problemática social suele basarse en el análisis de las evidencias científicas existentes relacionadas con dicho fenómeno además del uso de los postulados, métodos y técnicas propias de las teorías sociales; para ello se requiere que exista congruencia conceptual y metodológica en la manera en cómo se da la aplicación de las teorías sociales en la práctica.

La investigación social evaluativa pretende medir el impacto de las políticas, programas, modelos o estrategias de intervención. La evaluación puede darse de manera integral con la totalidad de los procesos que componen el ente a evaluar o de manera fragmentada a algunos procesos de interés específico.

La investigación que busca la sistematización de la práctica profesional de experiencias exitosas para solución de un problema social es fundamental para el diseño de modelos de intervención que puedan replicarse en contextos similares con cierto grado de confiabilidad; además proporciona identidad y prestigio a la práctica profesional.

Por otra parte, plantearse la tarea de utilizar las teorías sociales en el quehacer profesional del trabajo social implica un conocimiento vasto de corrientes teóricas, además de formación y experiencia en investigación social para construir y definir objetos de estudio, marcos teóricos y desarrollar todas las etapas de la investigación.

El primer paso que las y los trabajadores sociales deben dar en esta tarea será el desarrollo del proceso cognoscitivo básico para el uso de las teorías sociales en las investigaciones, que de acuerdo a lo revisado por Barra (1998, pp. 19-21) puede describirse de la siguiente manera:

- a) Realizar observaciones en la realidad en la cual debe intervenir.

- b) Obtener deducciones del sentido común que lo lleven a formular presunciones iniciales sobre una problemática social, expresadas a manera de proposiciones que pretenden explicar o predecir el comportamiento de ese fenómeno.
- c) Definir el objeto y sujetos de estudio o de intervención.
- d) Buscar y analizar la evidencia científica disponible (estado del arte) o avance del conocimiento relacionado tanto con el fenómeno a estudiar, como con las proposiciones preliminares.
- e) Identificar los marcos teóricos empleados en las evidencias revisadas e identificar el más congruente al objeto y sujetos de estudio,
- f) Con base en el análisis de la evidencia y la elección de los enfoques teóricos a emplear, reformular las deducciones que contribuyan a la solución del problema mediante proposiciones o enunciados integrados por conceptos interrelacionados dentro de un marco teórico lógicamente consistente y razonablemente simple que nos capacite a ir más allá del sentido común, de los datos empíricos, para diseñar y aplicar intervenciones y después evaluarlas, todo ello a través del desarrollo de protocolos de investigación que nos lleven a encontrar implicaciones y relaciones que no son evidentes en los datos observados de manera aislada.

La ejemplificación de lo antes mencionado y del desarrollo del proceso aludido se realiza con el caso expuesto más adelante en este estudio, en el que se escogió el CASSAAM del IMSS como realidad a investigar.

La investigación presentada corresponde a la aplicación práctica de una teoría de la psicología social, Las Representaciones Sociales, que según refieren evidencias (Henao, 2010; De Castro, 1996 y Krause, 2007), es un enfoque teórico válido para la el diagnóstico de realidades y la evaluación cualitativa de intervenciones sociales; además de que ha sido copiosamente empleadas en el campo de la Promoción de la Salud (Krause, 2007; Fonseca, 2009, Ballesteros, y Henao, 2010, entre otros), dando valiosos aportes para la valoración de aspectos relacionados con la educación en salud y su impacto en el cambio de comportamientos.

4.4 Contribuciones al trabajo social.

Derivado de los resultados y conclusiones que arrojó el estudio y de lo analizado en el presente capítulo, se tienen los suficientes argumento para aseverar que los retos del trabajo social contemporáneo no deben imponerse a todos los trabajadores sociales (técnicos, licenciados, maestros y doctores), sino que las competencias que se espera de cada uno de ellos deben estar relacionadas al nivel de formación profesional que poseen.

Además, la falta de definición del nivel de conocimientos, destrezas y actitudes que se espera de los trabajadores sociales de acuerdo al grado académico que poseen ha provocado desconcierto en los propios trabajadores sociales, falta de identidad profesional y poco reconocimiento a su ejercicio profesional.

Como se observó, el trabajo social como profesión se diluye entre otros profesionales y se subordina a ellos con funciones de apoyo, este papel no sólo se da de manera práctica, sino que en los procedimientos y perfiles profesionales de instituciones como el IMSS se le asigna este papel.

La intervención social a través de la metodología de caso, grupo y comunidad se realiza en muy contadas ocasiones y con elementos teóricos o metodológicos inexistentes o deficientes.

No existe suficiente práctica de la investigación social entre los profesionales de trabajo social que laboran en el IMSS, y las pocas producciones que en este sentido se obtienen se enfocan a diagnosticar las dimensiones o tipologías de las problemáticas sociales, no a buscar las causas de ellas, con marcada influencia de la sociología de corriente positivista.

En esta institución no existe una clara jerarquización y distinción entre el quehacer de un técnico en trabajo social y un licenciado en trabajo social, y ni hablar de quien posee la maestría en trabajo social. Aunque en algunos perfiles profesionales y nivel salariales ya se ha hecho el reconocimiento de diferentes niveles de este escalafón, en la operación diaria los técnicos y licenciados en trabajo social ejercen las mismas funciones

e incluso alternan su desarrollo profesional con personas que ejercen el trabajo social sin ninguna formación escolarizada para ello (auxiliares de trabajo social).

Aunque existen inquietudes de los propios trabajadores por superar estas “incongruencias” en su actuar laboral, tarde o temprano terminan conformándose con el papel que se les asigna dentro de las instituciones y con trabajar de manera meramente técnica y cargada de actividades de apoyo y administrativas.

Los motivos de dicha sumisión se relacionan con que son mayoría los que consideran la imagen de trabajo social como una actividad de apoyo, subordinada, de servicio y de mediación; además de que las pocas plazas existentes en el IMSS para este personal provocan que las intensas cargas de trabajo no permitan el ejercicio de un trabajo social más especializado, basado en sus metodologías tradicionales (caso, grupo y comunidad); tampoco se cuenta con una formación sólida en conocimientos sobre teorías sociales o metodología de la investigación, y ni hablar de las habilidades o la experiencia necesaria para enfrentarse al desarrollo de investigaciones.

Esperar que los licenciados en trabajo social se desempeñen profesionalmente haciendo uso de las teorías sociales para la aplicación de intervenciones o diseño de modelos, que desarrollen protocolos de investigación de manera habitual, que tengan una formación multidisciplinar, que incidan en las políticas públicas y transformen con ello la sociedad no siempre son retos muy congruentes para la formación que poseen.

La formación de los trabajadores sociales debe especificarse de acuerdo al grado profesional de que se trate y reforzar la multidisciplinarización en todos los niveles académicos, desde el técnico, hasta el profesional. En el nivel de licenciatura es necesario incrementar los conocimientos sobre los postulados básicos y adyacentes de diferentes teorías sociales y enfatizar en la práctica de estudios de caso, grupo y comunidad en el diseño de intervenciones sociales mediante el uso de evidencias científicas.

En la maestría en trabajo social el eje formativo fundamental debe girar en el conocimiento y dominio de teorías sociales, con sus postulados, métodos y técnicas, así

como en el desarrollo de competencias para la investigación enfocada a la intervención social y el diseño de modelos teóricos.

Para el doctorado quedaría la tarea de continuar la especialización del trabajo social a partir del nivel de maestría y la generación de teoría derivada de la praxis del trabajo social. La incidencia en políticas públicas y la transformación social quedarían entonces ubicadas como retos exigidos a estos profesionistas, a partir de sus posgrados, como regularmente ocurre en todas las profesiones.

Otro aspecto que es necesario puntualizar para definir el quehacer del trabajador(a) social es delimitar su objeto de estudio, pues en la actualidad existen profesiones que en la práctica desarrollan funciones muy similares a las de los profesionistas en trabajo social: licenciados en promoción de la salud, en administración del tiempo libre con especialidad en recreación, en psicología social, en terapia ocupacional, en sociología, entre otros.

Por otra parte, respecto al CASSAAM, se observó que las intervenciones que ofrece el CASSAAM están debilitadas en sus componentes del trabajo social, aun cuando en el presente capítulo se identificó que existen tres plazas de trabajo social en dicho centro, una abocada a la valoración gerontológica, otra a los servicios de envejecimiento activo y una más al trabajo en comunidad; además, de acuerdo al análisis de sus procesos mostrado en el cuadro correspondiente al CASSAAM (*infra*. p. 23) los procesos sustantivos contemplan la metodología del trabajo social de casos. Habrá que identificar si los procesos sustantivos marcados en el cuadro aludido se están cumpliendo a cabalidad.

El énfasis en el lado social de la salud puede potenciar los beneficios de las intervenciones que desarrolla el CASSAAM, para ello se vuelve necesario adicionar el estudio social de caso en su procedimiento de atención y que mediante métodos cualitativos complementa la evaluación gerontológica inicial, intermedia y final que actualmente se practica a los beneficiarios CASSAAM.

La evaluación social de las personas adultas mayores debe realizarse no sólo mediante escalas de valoración gerontológica estandarizada, sino que se tiene que incluir

un estudio social de caso en los expedientes de los beneficiarios CASSAAM para aplicar la metodología específica (investigación, diagnóstico, plan, intervención y evaluación), utilizando técnicas tales como entrevistas, observación, visitas domiciliarias, entre otras y recurrir al empleo de instrumentos tales como familiogramas, diario de campo, guías de observación, guías de entrevista etc.

Con base en los retos profesionales que el personal de trabajo social debe enfrentar en este Centro (desarrollo de investigaciones, diseño de modelos de intervención social para replicarse a nivel nacional, formación de recursos humanos, publicación de artículos...) es necesario elevar el requisito de escolaridad a maestría en trabajo social con enfoque en envejecimiento y propiciar un desarrollo pleno de las potencialidades de la intervención social en salud.

La aplicación de la teoría de las Representaciones Sociales en la intervención que se aplica desde el trabajo social ofrece la posibilidad de hacer uso de expresiones artísticas para modificar conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas ante algún hecho o fenómeno. La apreciación del cine, la pintura, la música, la literatura o cualquier otra expresión derivada del arte se vuelven herramientas útiles para el desarrollo del quehacer de estos profesionistas, ya que citando a Walt Whitman “La lógica y los sermones no convencen (...)” el discurso oficial de las instituciones es muy frío para permear las representaciones sociales de las personas, y continuando con Whitman “(...) la humedad de la noche penetra más profundamente (...)” en el alma de cualquier ser humano.

Obras consultadas

a) Fuentes citadas

- Abric, J.C. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Alayón, N. (2007). "El movimiento de reconceptualización. Una mirada crítica". En N. Alayón (Ed.), *Trabajo social latinoamericano* (pp. 9-17). Buenos Aires: Espacio editorial.
- Ander-Egg, E. (1993) "Qué hacen los trabajadores sociales". En E. Ander Egg (Ed.), *Introducción al trabajo social* (pp. 7-14). México: El ateneo.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José de Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Recuperado el 13 de diciembre de 2014, de www.unpan1.un.org/intradoc/groups/public/doc.pdf
- Arfuch, L. (2012) "El espacio biográfico en las ciencias sociales". En L. Arfuch (Ed.), *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea* (pp. 177-202). México: Fondo de Cultura Económica.
- Arteaga, C. & Tello, E. (2000). "Historia del Trabajo Social en México. Notas para una discusión". En Tello, E. (Coord.), *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión* (pp.15-22). México: Estudios de Opinión y Participación A.C.
- Ballachey E., Crutchfield R. & Krech D. (1978). "Cultura". En A. Álvarez (Coord.), *Psicología social* (pp. 351-391). Madrid: Mc Graw Hill.
- Ballesteros, M. et al. (2012). Representaciones sociales del embarazo y maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista Salud Pública*, 2 (14),189-199.
- Barra, E. (1998). "Psicología social aplicada". En E. Barra (Ed.), *Psicología social* (pp. 286-303). Chile: Universidad de Concepción.
- Bernstein, J; Néve, J y Terra, M. (2013). Prevención cuaternaria, una tarea explícita del médico generalista. Una entrevista con Marc Jamouille. *Archivos de medicina familiar y general*, 10 (2), 23-26. Recuperado el 12 de junio de 2015, de www.archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/130/116
- Bourdieu, P. (2011). La ilusión biográfica. *Acta Sociológica*. (56). 121-128. Recuperado el 10 de septiembre de 2013, de www.ojs.unam.mx/index.php/ras/article/download
- Bonvecchio, et al. (2011). Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Salud Colectiva*, 2 (7), 215-229.

- Caballero, S. (2011). Un recorrido sobre el concepto de salud. Portal de la Universidad de Tucuman, Argentina. Recuperado el 12 de junio de 2015, de http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=
- Calderón de la Barca, Pedro. (1999). *La vida es sueño*. Madrid: Edimat Libros.
- Campo-Redondo M. & Labarca C. (2009) La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador docente. *Revista Opción*, (60), 41-54.
- Canto, J. M. y Gómez L. (1997). "Influencia social" en *Psicología social* (pp.184-209). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carballeda, A. J. M. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista de Trabajo Social UNAM*, 1. Recuperado el 9 de octubre de 2014, de www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/download.
- Carroll, Lewis. *A través del espejo*. Córdoba: Ediciones del Sur, 2004.
- Colín-Luna, L. *et al.* (2012) Representaciones sobre la jubilación y la vejez en personas mayores jubiladas y pensionadas de la Ciudad de Morelia. *Revista educación y desarrollo*, 9 (23). Recuperado el 12 de mayo de 2013 en www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/..023 Ramos.pdf
- Corbin, J. & Strauss A. (2012). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (3ª ed.) Colombia: Universidad de Antioquia.
- Correa, J & Florez, K. (2013). Representaciones sociales en ciudadanía: un estudio desde la teoría fundamentada. (Tesis de Maestría). Córdoba: Sistema de Universidades Estatales del Caribe Colombiano. Recuperado el 15 de diciembre de 2014 en www.edunexos.edu.co/.../47-representaciones-sociales-en-ciudadania-un-estudio-desde-la-teoria-fundamentada
- De Castro, R. (1996). Influencia social y cambio ambiental, actualidad y prospectiva de las estrategias de intervención. *Intervención psicosocial*, 5 (13). Recuperado el 2 de mayo de 2013 en www.psychococial-intrevention.org/&numero=50591
- Dulcey Ruiz, E. & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27. Recuperado el 22 de marzo de 2013, en www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534202
- Escobar G, Sosa C y Burgos L. (2010). Representaciones sociales del proceso salud enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín-Colombia. *Revista Salud Pública de México*, 52 (1), pp. 46-51.

- Evangelista, E. (2013). *Desarrollo histórico del trabajo social en México*. México: Red de Investigaciones en Estudios Avanzados A. C.
- Flament, Claude. (2004). "Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales". En J. C. Abric, (Coord.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 41-49). México: Ediciones Coyoacán.
- Fonseca, A. (2009). *Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la Ciudad de Bogotá D.C.: Aportes para la comprensión de sus significados y prácticas*. Bogotá D.C. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Giménez, G. (2013, octubre). *Representaciones sociales, habitus y esquemas cognitivos. Un ensayo de homologación*. En E. Romero (Presidencia), II Coloquio Nacional de la Red de Investigadores en Representaciones Sociales (RENIRS), conferencia magistral presentada en el coloquio organizado por la RENIRS, México, Puebla.
- Giraldo-Rodríguez, M. (2014). "El maltrato hacia las personas adultas mayores: la realidad del Distrito Federal". En V. Montes de Oca (Coord.), *Vejez, salud y sociedad en México* (pp. 207-247). México: UNAM.
- González, M. (2011). *La representación social que tiene de su persona el adulto mayor*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Guerra, H. (2012). Las representaciones sociales de la enfermedad del adulto mayor de La casa – hogar santa Elizabeth de Turingia” Barrio Nelson Mandela – Sector Las Vegas. *Revista Ciencia y Salud* 4 (2) 102-112. Recuperado el 2 de enero de 2013, en www.revistas.curn.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/search/authors/>
- Henao, S. (2010). *Representaciones sociales en el consumo de drogas y de las intervenciones respectivas en un contexto local. La Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Hernández, D. (2009). *La representación Social de la jubilación*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Herrera, J. y López T. (2009). Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla, Michoacán, elementos fundamentales en el diseño de propuestas de educación para la salud. *Revista interamericana de educación de adultos*, 34 (2) 42-61. Recuperado el 12 de mayo de 2013, en www.tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2012-2/exploraciones2.pdf>
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness*. London: Academic Press.
- Hewstone, M. & S. Moscovici. (1984). "De la ciencia al sentido común". En *Psicología Social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas* (pp. 679-710). Barcelona: Paidós.

Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS. (2003). *60 años de servir a México*. México: IMSS. 68.

_____. (2011). *Procedimiento para desarrollar los Servicios de Envejecimiento Activo*. México: IMSS.

Krause, M. (2003). Transformation of social representations of chronic disease in a Self-help Group. *Journal of Health Psychology*, 8 (5), pp. 599-615. Recuperado el 13 de enero de 2013, en www.c5.chile.avedas.com/converis/publicweb/Publication/52671

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Canadá: Ministerio de Salud y Bienestar. Recuperado el 10 de junio, 2015, en www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

López Austin, Alfredo. (2014). "Cosmovisión: Los constructores y la construcción". La construcción de una visión del mundo. (Ponencia de Seminario). México: Universidad Nacional Autónoma de México, 17 de noviembre.

López, M. (2009). *Competencias laborales de las Trabajadoras Sociales del Programa IMSS Oportunidades*. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Coord.), Terceras Jornadas Nacionales de Trabajo Social. Ponencia presentada en las jornadas organizadas por el IMSS, México.

Lima, B. (1975). *Epistemología del Trabajo Social*. Buenos Aires: Hvmánitas.

Marín, R. (2010). *Evaluación de impacto, desde el punto de vista de los beneficiarios de escasos recursos, al programa de pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años en la colonia Cerro de la Estrella, Delegación Iztapalapa*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Marqués, F. (2003). Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. Curso de Postgrado sobre Promoción y Educación para la Salud. Cataluña: Universidad de Lleid. Recuperado el 10 de junio de 2015, en <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal.pdf>

Martínez, P. (2012). *Representaciones sociales sobre el ejercicio profesional de los trabajadores sociales: Una mirada de los estudiantes de licenciatura*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Mann, L. (1973). "Las bases de la conducta social". En *Elementos de psicología social*, (pp. 15-25). México, Editorial Limusa.

Martínez, P. (2012). *Representaciones sociales sobre el ejercicio profesional de los trabajadores sociales: Una mirada de los estudiantes de licenciatura*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Ministerio de Salud de Argentina. (2011). El concepto de salud. Curso en salud social y comunitaria. Santiago de Estereo. Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado el 12 de junio de 2015, en www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/salud
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. y G. Paicheler. (1984). "Conformidad Simulada y Conversión". En *Psicología Social I*, (pp. 175-208). *Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1982). *Carta de Otawa para la promoción de la salud*. Japón. OMS. Recuperado el 21 de diciembre de 2014, en www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf.
- _____. (2001). Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. *Perfiles y Tendencias*, 4 y 5, 1-35. Recuperado el 2 de febrero de 2013, en www.envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca=51478
- _____. (2002). "Envejecimiento activo: un marco político" en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (S2), 74-105. Recuperado el 6 de enero de 2013, en www.apps.elsevier.es/watermark.pdf
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2013). *Derechos humanos y salud. Personas Mayores*. Recuperado el 17 de enero de 2013, en www.fiapam.org/wp-content/uploads/2013/03/Viejos.pdf
- _____. (2003). "El maltrato en las personas mayores". En E. Krug (Comp.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen* (pp. 133-150). Washington, OPS-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12 de marzo de 2013, en www.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. (1982) *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento*. Viena. Recuperado el 22 de abril de 2013, en www.redadultosmayores.com.ar/buscador/ORGIN001.pdf
- _____. (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, en www.social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf
- Parrafita, D. (2011). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. *Fichas temáticas de apoyo niveles de atención en salud*. Montevideo, Uruguay. Universidad de la República. Recuperado el 12 de junio de 2015, en http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf

- Ponte, C. (2008). "Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente". En C. López. (Coord.), *Salud y ciudadanía: teoría y práctica de la innovación*. Principado de Asturias: Consejería de Educación y Ciencia. Recuperado el 12 de junio de 2015, en <http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/109521/mod>.
- Quijada, A. (2011). *Adulto mayor y sus cuidados en atención primaria de salud: Una mirada a las representaciones sociales sobre el equipo de cabecera y las acciones del programa del adulto mayor en CESFAM Laraquete*. (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado el 5 de febrero de 2013, en www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/113295
- Rangel, J. (2011). Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11, 28-56. Recuperado el 27 de diciembre de 2014, en www.uia.mx/iberoforum
- Raquimán, P. (2014). Representaciones sobre el cambio en el uso de las TIC. Relatos de vida de profesores. *Revista Iberoamericana de Educación*, 65, 75-90. Recuperado el 6 de noviembre de 2014, en www.rieoei.org/rie65a04.pdf
- Restrepo-Ochoa, D. (2013). La teoría fundamentada como metodología para la integración del análisis procesal y estructural en la investigación de las representaciones sociales. *Revista CES Psicología*, 6 (1), 122-133. Recuperado el 23 de agosto de 2014, en www.revistas.ces.edu.co/php/psicologia/article/view/2579
- Rodríguez, O. (2003). "Las representaciones sociales: Entrelazados de la razón y la cultura" en *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 93, 82-95. Recuperado el 17 de marzo de 2014, en www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709304.
- Ronzón, Z. (2014). "El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional" En V. Montes de Oca (Coord.), *Vejez, salud y sociedad en México* (pp. 287-331). México: UNAM.
- Saltalamacchia H. (2008). "Casuística y subjetivismo: Falsos estigmas de la investigación cualitativa" en *Revista de epidemiología de ciencias sociales*, 38, 12-37. Recuperado el 24 de noviembre de 2012, en www.repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/.../cs39-quijada.a919.pdf
- _____. (2005). *Del proyecto al análisis. Aportes a una investigación cualitativa socialmente útil*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- _____. (1992) *La historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación*. Brasil: Ediciones CIJUP.
- Salud, Población y Economía A.C. - SALPEC. (2012). *Evaluación de las intervenciones del modelo del Centro de Atención Social a la Salud para Adultos Mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social*. [CD ROM]. México: SALPEC.

- Secretaría de Desarrollo Social & Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación - SEDESOL-CONAPRED. (2005). *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. SEDESOL-CONAPRED.
- Secretaría de Educación Pública - SEP. (2013). Programa de estudios de la carrera técnica en trabajo social. Recuperado el 12 de octubre de 2014, en www.curriculobasica.sep.gob.mx/TECNICAS/programas.pdf
- Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. (2012). *Contrato Colectivo del Trabajo*. México: SNTSS.
- Galena, S. (2004). "Trabajo social contemporáneo". En R. Sánchez (Coord.), *Trabajo social en México* (pp. 139-158). México: UNAM.
- Tello, N. (2004). "Trabajo social contemporáneo". En R. Sánchez (Coord.), *Trabajo social en México* (pp. 124-134). México: UNAM.
- Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, R. (2006). *Teoría Fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Editorial CIS.
- Valero, Aida. (2004) "Apuntes sobre la génesis del trabajo social contemporáneo". En R. Sánchez (Coord.), *Trabajo social en México* (pp. 11-36). México: UNAM.
- Viscarret, J. (2009). Modelos y métodos de intervención en trabajo social. 3ª reimpresión. Madrid: Alianza Editorial.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003) *Los determinantes sociales de la salud. Hechos irrefutables*. Colombia, OPS. Recuperado el 6 20 de febrero de 2013, en www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf.

b) Fuentes revisadas

- Alfonso, C. et al. (2006) Intervención social contra el racismo y la xenofobia. *Revista Dialnet*. 2 (1). 106-180. Recuperado el 13 de abril de 2014, de www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/.pdf
- Aristóteles. (1831) "De la juventud y la vejez". En E. Bekker (Ed.), *Obras completas*. Berlín: Academia de Berlín.
- Bourdieu, J. C. Chamboredon y J. C. Pas Seró. (2002) "La construcción del objeto" en *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI. pp. 51-81.

- Canelón, J. y García M. (2001) Representaciones Sociales en Venezuela: Una experiencia en el área de salud. *Revista Fermentum*, 30, 59-68.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía & Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU. Recuperado el 29 de octubre de 2013, de www.eclac.org/publicaciones/xml/6/21136/lcl2235e-p.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2013) *Proyecciones de población 2010-2050*. México: CONAPO. Recuperado el 25 de octubre de 2013, en [www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones de la Poblacion 2010-2050](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050)
- Consortio Hospitalario Cataluña & Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006). *Estudio de factibilidad técnica y viabilidad económica para el diseño del plan institucional gerontológico 2006-2025*. [CD-ROM]. México: IMSS.
- Del Valle A, Monreal P. & Serda B. (2009) Los grandes olvidados: Las personas mayores en el entorno rural” en *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 269-277.
- Díaz, Y, Páez, G. y Pérez L. (2013). Discursos, representaciones sociales y prácticas sobre intervención social. Voces de estudiantes de trabajo social de la Universidad de Cartagena. *Tendencias y retos*, 2 (19), 19-40.
- Dulcey Ruiz, E. & Parales, C. (2002). La construcción social del envejecimiento y la vejez: un análisis discursivo en la prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 107-121. Recuperado el 22 de marzo de 2013, en www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534209
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2013). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío*. México: UNFPA. Recuperado el 25 de octubre de 2013, en www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Ageing/Final.pdf>
- Fuentes G. (2011). *El bienestar a partir de la experiencia de los beneficiarios del programa pensión alimenticia para adultos mayores en el Estado de México*. (Tesis doctoral). Universidad Iberoamericana, México.
- Galeana, S. (2009) “Campos de acción del trabajo social”. En M. Sánchez (Coord.), *Manual de trabajo social* (pp.123-158). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática - INEGI. (2010). *Estadísticas históricas de México 2009*. Tomo I. México: INEGI.
-
- _____. (2010). *Conteo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos*. Recuperada el 10 de octubre, 2013, en www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=10398&s=est>

- _____. (2012). *Convenio de colaboración Sigamos aprendiendo en el hospital*. México: IMSS, Secretaría de Educación Pública & Secretaría de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Guía didáctica para la formación de cuidadores de personas adultas mayores*. México: IMSS.
- _____. (2013). *Guía didáctica para la formación de acompañantes y promotores gerontológicos*. México: IMSS.
- _____. (2010). *Guía técnica y dinámicas participativas ChiquitIMSS*. México: IMSS.
- _____. (2000). *Instructivo de operación para el personal de trabajo social*. México: IMSS.
- _____. (1997). *Ley del seguro social*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de prácticas del taller de estimulación cognoscitiva en el CASSAAM*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de prácticas del taller de estimulación física en el CASSAAM*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de prácticas del taller de estimulación emocional en el CASSAAM*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de prácticas del taller de estimulación funcional en el CASSAAM*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de prácticas del taller de estimulación social en el CASSAAM*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Manual de organización del Centro de Atención a la Salud de las y los Adultos Mayores*. México: IMSS.
- _____. (2009). *Manual de organización del Centro Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo*. México: IMSS.
- _____. (1996). *Manual de organización de los centros de seguridad social*. México: IMSS.
- _____. (2012). *Manual de organización de las unidades médicas del primer nivel de atención*. México: IMSS.
- _____. (2012). *Manual de organización de las unidades médicas hospitalarias del segundo nivel de atención*. México: IMSS.

- _____. (2012). *Manual de organización de las unidades médicas hospitalarias del tercer nivel de atención*. México: IMSS.
- _____. (2015). *Memoria estadística de prestaciones sociales. (Archivo electrónico)*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Norma que establece las disposiciones para la extensión de los servicios de prestaciones sociales institucionales*. México: IMSS.
- _____. (2011) Norma que establece las disposiciones para operar los programas de: envejecimiento activo, institucional sobre los derechos de las personas con discapacidad y capacitación a personas rehabilitadas. México: IMSS.
- _____. (2010). “Perfil de puesto Promotor Paramédico (Trabajo Social Gerontológico)” y “Perfil del puesto Trabajador Social en CECART” en *Catálogo de descripción de puestos de confianza. (Archivo electrónico)*. México: IMSS.
- _____. (2014) *Procedimiento de educación para la salud por grupo etarios*. México: IMSS.
- _____. (2009). *Procedimiento para desarrollar el programa hospitalarte*. México: IMSS.
- _____. (2008). *Procedimiento para la atención médica en el área de primer contacto en el servicio de admisión continua o urgencias en unidades médico-hospitalarias del Tercer Nivel*. México: IMSS.
- _____. (2010). *Procedimiento para la identificación y certificación del paciente con muerte encefálica como potencial donador cadavérico de órganos y tejidos con fines de trasplante*. México: IMSS.
- _____. (2010). *Procedimiento para la intervención de la trabajadora social en los hospitales del Programa IMSS-Oportunidades*. México: IMSS.
- _____. (2011). *Procedimiento para desarrollar los Servicios de Envejecimiento Activo*. México: IMSS.
- _____. (2012). *Procedimiento para la integración, orientación y seguimiento de la Organización Comunitaria para la Salud en el Programa IMSS-Oportunidades*. México: IMSS.
- _____. (2013). *Procedimiento para la gestión directiva de la jefatura de trabajo social en unidades médicas hospitalarias*. México: IMSS.

- _____. (2012). *Procedimiento para la atención médica a población derechohabiente del Régimen Ordinario en las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades*. México: IMSS.
- _____. (2013). *Procedimiento para la intervención de trabajo social en unidades hospitalarias*. México: IMSS.
- _____. (2013). *Procedimiento para la entrega de apoyos económicos a voluntarios de salud y parteras voluntarias rurales del Programa IMSS-Oportunidades*. México: IMSS
- _____. (2012). *Procedimiento para la operación de PREVENIMSS en empresas*. México: IMSS.
- _____. (2012). *Procedimiento para la operación y acciones de PREVENIMSS en escuelas y universidades*. México: IMSS.
- _____. (2015). *Procedimiento para la operación del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo*. México: IMSS.
- _____. (2014) “Inscritos a cursos y talleres” y “Asistentes a actividades complementarias” en *Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales*. Base de datos electrónica. México: IMSS.
- _____. (2011) “Adscritos a medicina familiar” en Base de datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación. (Sistema de información electrónico). México: IMSS.
- _____. (2015.) *Balance de plazas de prestaciones médicas. [Base de datos]*. México: IMSS.
- _____. (2015). *Inventarios físico de unidades*. [Base de datos]. México: IMSS.
- _____. (2011). *Población adscrita a medicina familiar en 2011*. [Base de datos] México: IMSS.
- Lenoir, R. (1993). “Objeto sociológico y problema social”. En P. Champaigne (Coord.), *Iniciación a la práctica sociológica* (pp. 57-101). México: Siglo XXI.
- Lellis, M., Mozobancyk, S. & Cimmino, K. (2009). Investigación evaluativa de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar. *Anuario de investigaciones*, 16, 319-328. Recuperado el 3 de enero de 2015, en www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851

- Maya C. (1994). *Representaciones sociales en dos grupos: profesionistas relacionados con la gerontología y ancianos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Medina C. (2009). *Calidad en la atención del trabajador social en la aplicación de la metodología de caso en las unidades de medicina familiar 61, 65, 97 y 190 del IMSS*. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Coord.), Terceras Jornadas Nacionales de Trabajo Social. Ponencia presentada en las jornadas organizadas por el IMSS, México.
- Oliviera, D. (2013). Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 21, 276-286. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, en www.eerp.usp.br/rlae.
- Platón. *La república*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General San Martín. Recuperado el 19 de octubre de 2013, en www.bibliotecabasica.com.ar
- Sahagún, Bernardino (1830). *Historia general de las cosas de la Nueva España. Códice Florentin*. (Tomos 2 y 3). México: Imprenta de Alejandro Valdés.
- Schirmacher, F. (2004). *El complot de Matusalem*. Madrid:Taurus.
- Schwarz, Fernand. (1989). *El enigma Precolombino: Tradiciones, mitos y símbolos de la América antigua*. Buenos Aires: Editorial Roca.
- Terán, M. Coord. (2013). *Modelos operativos en la atención social de cuidados paliativos y orientación tanatológica*. México: UNAM.
- Viscarret, J. (2012). "Modelos de intervención en trabajo social". En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del trabajo social* (pp. 293-344). Madrid: Alianza Editorial.
- Young, Kimball. (1974). "Cultura y personalidad". En *Psicología social* (pp. 64-101). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Zea, A y Zea, L. (2008). Modelo de intervención en las representaciones sociales asociadas al maltrato infantil en un grupo de mujeres de la Fundación Obra Social Beata Laura Montoya. *Revista CES Psicología*, 1 (1). Medellín: Universidad CES. Recuperado el 6 de junio de 2013, en www.revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/66
- Zemelman Merino, Hugo. (2004). "Pensar teórico y pensar epistémico. Los desafíos de la historicidad en el conocimiento social". En *América Latina: Los desafíos del pensamiento crítico*, (pp. 21-34). Vol. I. México: Siglo XXI.

Anexos

- Anexo 1 *Carta de Consentimiento Informado*
- Anexo 2 *Guía para la entrevista a profundidad*
- Anexo 3 Análisis textual de contenido

Anexo 1



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación de Estudios de Posgrado



“Carta de Consentimiento Informado”

México, D.F. a ____ de _____ de 2014.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Las representaciones sociales de la salud en la vejez que construyen los beneficiarios del CASSAAM del IMSS en el Distrito Federal”

Que ha sido registrado para conformar una tesis de Maestría en Trabajo Social, y cuyo objetivo es:

- Analizar la manera en que interviene la influencia social del proceso de atención del CASSAAM en la construcción de la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios

Se me ha explicado que mi participación consistirá en otorgar una entrevista.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que se resumen de la siguiente manera:

Riesgos: No existe riesgo físico; en el aspecto emocional, tal vez pueda llevarlo a recordar sucesos negativos en su pasado asociados con el término “vejez”.

Inconvenientes o molestias: Tendrá que dedicar aproximadamente dos horas para contestar esta entrevista y tal vez tiempo después se le requiera nuevamente para precisar algunos datos, por un lapso aproximado de una hora.

Beneficios: Su participación en esta investigación ayudará a identificar de qué manera se puede contribuir a conocer mejor la etapa de la vida denominada vejez en relación a la salud, no sólo con fines especulativos, sino con el propósito de construir una mejor sociedad para las personas que cursan esta etapa.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social o mi fuente de empleo.

La investigadora me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo, para ello el teléfono de la investigadora responsable es:

Celular 04455 40730891 y oficina 5629-02-00 extensión 13421.

Nombre y firma del participante

Testigo

Nombre y firma del participante

Lic. Gabriela Guerrero Nava
Investigadora Responsable

Testigo

Nombre y firma del participante

Anexo 2
 “Guía para la entrevista a profundidad”

Objetivo de la investigación:

- Analizar la manera en que interviene la influencia social del proceso de atención del CASSAAM en la construcción de las representaciones sociales de la salud en la vejez de sus beneficiarios



Dimensión de la representación social	Pregunta central	Preguntas específicas
1) Información: Se refiere al conocimiento de las características o cualidades que el informante individual o colectivo posee del hecho u objeto.	¿Qué información tienen los participantes la vejez relacionada con la salud?	1. ¿Qué es la vejez? 2. ¿Qué es ser viejo? 3. ¿Qué puede llegar a experimentar una persona que está viviendo la etapa de la vejez? 4. ¿Te has documentado sobre lo que es la vejez? ¿Qué ideas sobre la vejez o los viejos te convencieron de eso que te informaron? 5. ¿Qué es salud? 6. ¿Qué es tener salud en la vejez?
2) Campo o imagen: Analiza cuál es la imagen mental, modelo social o aspecto que se tiene del hecho u objeto.	¿De qué manera visualizan la salud en vejez los participantes?	7. ¿Cuáles son los signos de la vejez? 8. ¿Cuál es la imagen que en tu mente tienes de una persona envejecida? 9. ¿Qué recuerdas de la apariencia de un viejo (hombre o mujer) que haya sido importante en tu vida de manera positiva o negativa? ¿En qué época de tu vida? ¿Háblame de su personalidad? ¿Por qué fue importante? 10. Recuerdas una canción o una película relacionada a los viejos o a la vejez que te haya impactado? ¿Qué me puedes decir de eso? 11. ¿Cómo se ve una persona vieja o adulta mayor sana? 12. ¿Cuál es la apariencia de un viejo enfermo?

Dimensión de la representación social	Pregunta central	Preguntas específicas
3) Actitud: Es la toma de posición, la orientación global con respecto al hecho u objeto. Favorable/no favorable, Positiva/negativa, A favor/en contra.	¿Cuál es la actitud que tienen los participantes acerca de la salud en la vejez?	13. En la comunidad donde vives ¿Cómo tratan a los viejos? 14. ¿Cómo crees que deberían vivir los viejos en la actualidad? 15. ¿Te agrada convivir con los viejos? 16. ¿Te considera viejo/vieja? Según el caso ¿Cuándo y cómo te diste cuenta de que empezabas a envejecer? ¿Estás sano(a)? ¿Por qué lo consideras así? 17. ¿Cuántos años te gustaría vivir? 18. ¿Cómo te gustaría vivir tu vejez? ¿Cómo crees que puedas estar sano en la vejez? ¿Cómo te gustaría ser tratado(a) en la vejez? 19. ¿Qué te gustaría hacer en esta etapa de la vida (o en la vejez)? 20. ¿Cómo te gustaría ser recordado/a?

Anexo 3

Análisis textual de contenido

Dimensión: Conocimiento

Salud

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)la salud, es decir, el estado de total bienestar físico, mental y social" (ONU, 1982, p. 22)

"(...)más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales" (ONU, 1982, p. 22)

"(...)las enfermedades no han de ser necesariamente elementos básicos del envejecimiento" (ONU, 1982, p. 22)

"La salud de los senescentes está condicionada básicamente por su estado de salud anterior y, por lo tanto, la asistencia sanitaria durante toda la vida e iniciada en la juventud reviste capital importancia; ello incluye la medicina preventiva, la nutrición, los ejercicios físicos, la evitación de hábitos dañinos para la salud y la atención a los factores ambientales, y dicha asistencia debe continuarse" (ONU, 1982, p. 26)

"La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedad" (ONU, 2002, p. 29)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)La salud es el estado físico equilibrado por una homeostasis en el cual puede ser espiritual como físico, donde se regulan órganos y sistemas" (TP 1)

"Salud, mmm..., pues es un estado, un estado bien del organismo, pues sí, del organismo del ser humano... tener el deterioro normal, vaya, por envejecimiento, de alguna manera nos vamos deteriorando... tener deterioro que es por naturaleza" (PT2)

"Salud es un estado de bienestar, va más allá de la parte física, en donde también entran los conceptos de estar bien como ser humano, de bien ser, entonces la salud va más allá de las enfermedades y donde la persona aún con sus enfermedades, puede y debe, seguir adelante tomando decisiones, y haciendo sus cosas por sí mismo" (PT3)

"La salud(...) es buscar ese equilibrio(...) Sabes que puedes tener diabetes, hipertensión o depresión, pero si todas las decisiones que estás tomando son las correctas para que se mantengan estables, pues vas a estar sano, saludable" (PT4)

"La salud es el máximo beneficio que una persona puede tener en el aspecto físico, biológico y social" (PT5)

"Es un estado en el que un individuo está plenamente en lo físico, emocional, social y que se siente un individuo capaz de desarrollarse laboralmente desarrollos en su seno familiar" (PT6)

"(...) un equilibrio excepcional, "(...) un equilibrio familiar decente (...) un equilibrio familiar, tanto con (...) pareja como con tu medio externo" acumular (...) experiencias, de vivencias, tanto positivas como negativas (...) puede experimentar muchas cosas (...) ir perdiendo capacidades funcionales por los cambios naturales del envejecimiento que son los menos, pero cuando va agregado de enfermedades, estos cambios se hacen mucho más finos y mucho más conscientes (...) es un proceso natural, es un proceso del ciclo de vida" (PT7)

"(...)es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad. Yo considero que es llegar a tener determinada edad o llegar a un equilibrio en el cual tú te mantengas en tu estado de bienestar, tu estado de bienestar, tanto mental como emocional, como biológico, pero también del ambiente(...) Salud en la vejez, yo considero que es el poder tener hasta enfermedades crónicas controladas, bien equilibradas, realizando actividades de gusto, que te sientas a gusto, que te sientas valioso, valioso, con el valor que tienes como persona, eso yo creo que es lo importante para mí de salud en la vejez, porque vamos a llegar con cambios y con enfermedades, pero que te sientas a gusto, equilibrado, mantenido, recuperado, tratado(...) Los signos de la vejez como tales, desde el punto de vista biológico, pues es finalmente la pérdida de la funcionalidad, que se va perdiendo gradualmente con el

correr de los años y con los cambios naturales que nos da la propia vejez. Un ejemplo, podría ser hasta las arrugas, que se dan de forma natural porque perdemos elastina, colágeno, etc., porque si nos adaptamos a ello, buscamos, pues podemos seguir adelante y no pasa nada" (PT8)

"Es el completo bienestar, biológico, psicológico y social de la persona (...). La salud en la vejez, pues no se puede considerar como completo bienestar, porque generalmente la gente cursa con enfermedades, pero, en la vejez la salud se puede considerar, desde mi punto de vista, no un completo bienestar, sino aunque tengan enfermedades crónico-degenerativas y no sean terminales, estén controladas" (PT8)

"Pues es mantener el cuerpo, la mente y el alma en buen estado, o lo mejor que se pueda. La salud en la vejez, difícilmente nuestros adultos mayores llegan a tener salud al 80 - 90%, pero sí los hay. La salud en la vejez es mantener las enfermedades que ya se tienen y pues tratar de controlar, que viene siendo casi lo mismo" (PT9)

"Salud es encontrar el equilibrio entre todas las esferas de nuestra persona, tanto biológicas, sociales, psicológicas y espirituales. Es encontrar el equilibrio, no sólo es la ausencia de enfermedad. Ese equilibrio que también incluye el tener control de las enfermedades... nos enfrentamos con el curso del tiempo y con el deterioro normal de la vejez" (PT 10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Es no estar mal de nada, no dolernos nada(...) en la vejez ya tenemos muchas enfermedades, y lo que hay que hacer es controlarlas" (AMB1-9 meses)

"La salud es una cosa maravillosa..." "véame a mí, sonriente. Yo soy sonriente, me quiere mucha gente, de veras. Allá los jefes como por ejemplo, Raúl Plascencia Villanueva, el mero jefe de Derechos Humanos, me quieren, me llevo bien con ellos, me llevo bien con todo su personal" (AMB2-1 mes)

"La salud es que tenga mis enfermedades controladas, que no me sienta yo enferma, y para eso necesito estar activa(...)" (AMB3-1 año)

"Salud, tomar mis medicinas, mis medicamentos a mis horas, aplicar insulina como la debo aplicar diario, cuando tengo que hacerme mi prueba de glucosa, hacerla dos veces por semana y comer sano. Para mí eso es salud" (AMB4- 1 año 5 meses)

"(...) es yo creo que lo más maravilloso que nos puede pasar a los seres cuando ya somos viejos. El tener las menos enfermedades crónicas, los menos achaques que nos limiten" (AMB5-3 meses)

"(...)que no me duela nada, que no me duela nada" (AMB6-6 meses)

"(...)salud, pues estar bien, estar bien en todos los aspectos, física, mental(...)" (AMB7-6 meses)

"(...) [la salud en la vejez es] Precaria, o sea, si tiene un adulto mayor un 70% de su salud estamos del otro lado, pero si te das cuenta, tengo los porcentajes pero no tengo anotado, no me esperaba esto, hipertensión y diabetes son los principales y ya si te tomas más de tres medicamentos diarios ya es una cascada o sea porque ya es polifarmacia(...) sí se puede ser sano en la vejez(...) cuidándose, controlándose las enfermedades" (AMB8-1 año 2 meses)

"La salud en la vejez, pues es de que uno tiene que valerse por sí mismo, y bañarse todos los días y bañarse, asearse, andar limpio, para que no decaigamos más en lo que es la vejez(...) que ya está uno viejito y ya tiene unas limitaciones en su cuerpo, en hacer cosas que ya no se pueden hacer" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No existen alusiones a esta categoría de acuerdo al concepto de salud de los organismos internacionales

Salud-atención

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad. La

finalidad de los esfuerzos en materia de salud, en particular la atención sanitaria primaria como estrategia básica, debe ser permitir a las personas de edad llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible, en lugar de excluirlos y aislarlos de todas las actividades de la sociedad" (ONU, 1982, p. 22)

"Deberá prestarse atención especial, en materia de atención sanitaria, a los muy ancianos y a las personas que se encuentren incapacitadas en su vida normal, especialmente cuando padezcan una deficiencia mental o una inadaptación al ambiente; los trastornos mentales podrían a menudo prevenirse o modificarse por medios que no requieran colocar a los ancianos en instituciones, tales como la capacitación y el apoyo a la familia y a los voluntarios por asistentes profesionales, la promoción del tratamiento ambulatorio de las enfermedades mentales, la asistencia social, los servicios de guardería y medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social(...)" (ONU, 1982, p. 23)

"(...)la familia y de la comunidad, que deberán seguir constituyendo los elementos fundamentales interrelacionados de un sistema de atención bien equilibrado(...)" (ONU, 1982, p. 24)

"Los servicios de bienestar social deberán tener por objeto la creación, promoción y mantenimiento, durante el mayor tiempo posible, de las funciones activas y útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad" (ONU, 1982, p. 31)

"El pleno acceso de las personas de edad a la atención y los servicios de salud, que incluye la prevención de las enfermedades(...) promoción de la salud y prevención de las enfermedades(...) el mantenimiento de la independencia(...) y la atención de las discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad que ya estén discapacitadas" (OMS, 2002, p. 33)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)debemos sensibilizar, tanto a los profesionales como al propio ser envejeciente de los cambios que va a tener para ir buscando, o ayudarle a buscar sus mecanismos de compensación y de adaptación, para que puedan vivir una vejez más plena(...)" "(...)con un servicio médico adecuado, útil y necesario para cuando ellos lo necesiten(...)" (PT7)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)teniendo cuidado con nuestra vida, con nuestra alimentación, nuestras visitas al médico. Ya ve que luego nos dan nuestras visitas mensuales, pues hay que asistir a ellas aunque no necesite uno muchos de medicamentos" (AMB3-1 año)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

Sin alusiones

Salud-autocuidado

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"la higiene general de la vida..." (ONU, 1982, p. 21)

"Promover el uso prudente de los medicamentos" (ONU, 1982, p. 27)

"Fomentar la salud supone estimular a las personas a vigilar y mejorar su propia salud" (ONU, 2002, p. 34)

"Promover el uso seguro de todos los medicamentos y reducir al mínimo el uso indebido de medicamentos de venta con receta mediante la adopción de las medidas reglamentarias y educativas apropiadas, con participación de la industria y de los sectores profesionales interesados" (ONU, 2002, p. 36)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)facilitar algunas situaciones de salud o de autocuidado en ellos..." (PT3)

"(...)el conocer tus enfermedades te empodera en el hecho de que las elecciones que tomes, te llevan a esa condición, a mantener ese equilibrio. Sabes que puedes tener diabetes, hipertensión o depresión, pero si todas las decisiones que estás tomando son las correctas para que se mantengan estables, pues vas a estar sano, saludable(...)Salud en la vejez, tener control sobre ella. No vas a poder evitar el pasar del tiempo sobre tu cuerpo, no vas a poder evitar que tus articulaciones, que tu piel se arrugue, que todo se resuelva. Que tus pies se empiezan a limitar, las rodillas. Que

pierdas toda esa movilidad, flexibilidad. Pero si eres capaz de tener en control o no haberte excedido en esas cosas. También es válido, fumar, tomar, comer, tener sexo, no. Si lo tuviste pero en su medida, es haber disfrutado de la vida y estar bien" (PT4)

"(...)es un grupo etario que necesita una reorientación por ejemplo guías de alimentación para mejorar su calidad de vida mejorar su nutrición desde luego que abarca muchos aspectos desde lo sociales, físicos, comunitarios, laborales"(PT5)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"(...) saberse cuidar en su salud, en todos los aspectos para llegar, para vivir más tiempo... cuidándome, haciendo lo que los médicos me dicen" (AMNB4)

"Cuidarse, estar al pendiente del servicio médico, sus chequeos y para poder llevar una vida, una vejez saludable, y si no lo quieres así, pues te olvidarás de los chequeos y para pues la salud que tú quieras esa es la que vas a tener si es que te cuidas o te descuidas" (AMNB5)

Salud-independencia

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...) compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, sobre todo en las personas de edad, son tan importantes como los tendientes a la curación" (ONU, 1982, p. 22)

"Un principio fundamental de esa atención prestada a las personas de edad es que sirva para que éstas puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible" (ONU, 1982, p. 25)

"Debe perseguirse activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad" (ONU, 1982, p. 25)

"Deben intensificarse los esfuerzos para desarrollar la asistencia a domicilio, a fin de prestar servicios de sanidad y sociales de alta calidad en el grado necesario para que las personas de edad puedan permanecer en sus propias comunidades y vivir en la forma más independiente posible durante el mayor tiempo posible" (ONU, 1982, p. 26)

"Una cuestión muy importante se refiere a las posibilidades de prevenir, o al menos aplazar, las consecuencias funcionales negativas del envejecimiento" (ONU, 1982, p. 26)

"(...)mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades y proporcionar atención médica, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades" (ONU, 2002, p. 35)

"(...)mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promoción de la participación plena de las personas de edad con discapacidad(...)" (ONU, 2002, p. 44)

"Potenciar(...) la independencia de las mujeres y hombres de edad y crear condiciones que promuevan su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir de forma independiente en su propia comunidad tanto tiempo como sea posible o como ellos deseen" (ONU, 2002, p. 49)

"Mantener la autonomía —la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria— es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos. La salud, el factor clave de la autonomía" (OMS, 2001, p. 15)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)evitar tanta dependencia del adulto mayor... obesidad, problemas cardíacos podrían ser evitados a través de actividades físicas, programas que activen a la persona, y preparen a la misma para un envejecimiento activo" (PT 1)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)es más independiente el adulto mayor. Antes era muy dependiente..." "(...)me pueda valer por mí misma. No quiero depender de nadie" (AMB1-9 meses)

"(...)yo quiero que sea útil hacia mí misma, que no necesite de alguna otra persona para que me atienda o me cuide" (AMB3-1 año)

"(...)más grande ya no te puedes valer por ti misma, a lo mejor ya necesitas depender de los demás" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)me valgo por mí misma, soy independiente, no dependo, no necesito que me estén cuidando, todavía puedo bañarme, comer, hacerme de comer" (AMB5-3 meses)

"(...)uno mm mantiene uno activas las principales funciones del cuerpo: mente, extremidades, vista, oído, boca, se puede decir." "(...)pérdida de funciones activas, como es: ya no es el mismo caminar, ya no es la misma seguridad en ir caminando y voltear porque sientes que si no ves el piso te vas a caer, ya no se tiene rapidez, ya todo se hace más lento, si la persona no hace ejercicio y no ha aprendido a cuidarse". (AMB8-1 año, 2 meses)

"En valerme por mi misma en mis cosas personales (...) hacer lo que yo pueda hacer para no ser dependiente de mi familia. Hacer lo poco que yo pueda hacer por mí misma" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Pues poder valerse por uno mismo, que no dependa uno de nadie" (AMNB1)

"(...) seguir valiéndome por mí misma..." (AMNB3)

"(...) no ser un ser imposibilitado para los seres queridos... llega uno a hacerse uno no independiente... no quiero ser una carga para mis hijas, sobre todo para mis hijas" (AMNB4)

Salud – estilo de vida

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...) equilibrio posible entre tiempo libre, tiempo de capacitación y tiempo de actividad" (ONU, 1982, p. 21)

"Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de

los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los debidos a problemas dentales" (ONU, 1982, p. 26)

"La responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida saludable; la de los gobiernos, en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar incluso en la vejez." (ONU, 2002, p. 34)

"Alentar a las personas de edad a que mantengan o adopten modos de vida activos y saludables que incluyan actividades físicas y deportes" (ONU, 2002, p. 37)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"Llevando una alimentación sana, baja en grasas, baja en embutidos, productos animales como es la carne de res, carne de puerco, carne de pollo, sino carnes menos estresantes, o que no hayan llevado una vida de estrés, como es el pescado, muchas verduras, muchas frutas, dormir más de 8 horas, tener mucha felicidad, tener a una pareja que te quiera o que te dé el mayor número de años esa pareja a tu lado para sentirte completo. Hacer actividad física correctamente y muy regularmente, bueno, siento que son los tips principalmente, ah, y tener mucha oración, la oración, tener a un ser supremo al que le puedas confiar tu vida para que Él mismo te traiga la paz en tu corazón, en tu alma, en tu espíritu. Te regula espiritualmente porque no todo es físico" (PT 1)

"[Para estar sano en la vejez] tiene uno que estar activo. He visto esa diferencia en los adultos mayores, las personas que he visto más sanas, están activas constantemente, haciendo cosas, ocupados, eso he visto, esa diferencia. Entonces siento que para llegar a los cien años tiene que haber estas actividades, pero que sean, que uno encuentre sentido en lo que hace, como ocupaciones que uno haga pero con sentido" (PT5)

"(...)uno se prepara. Tanto física como emocional, y sobretodo económicamente(...) disfrutar de todo, disfrutar de cada día(...) de la compañía." (PT8)

"(...)yo creo que si hago ejercicio, sigo comiendo como como, creo que voy a estar bien" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...) Pues teniendo cuidado con nuestra vida, con nuestra alimentación..." (AMB3-1 año)

"(...)y tenemos que aceptar que somos viejos, si somos; pero nos han enseñado cómo vivirla, cómo vivir la vejez, y eso te ayuda mucho. Pues como, por ejemplo, si está uno encerrado en su casa, pues, sentado en un rincón viendo la tele, o comiendo. No, la vejez, yo para mí, si ya no vengo aquí, pues irme a buscar otro lugar donde me den una actividad, ejercicio o alguna actividad que yo pueda desarrollar..." (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)que pueda yo caminar, pueda yo salir todavía donde quiera" (AMB6-6 meses)

"Lo que estoy viendo a través de todo este tiempo es que ejercicio, agua y buena alimentación es la base y ya de ahí vienen los cuidados(...)" (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

"(...) ejercicio, caminar, comer sano, alimentarse bien, descansar" (AMNB4)

Participación

Participación social

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo" (OMS, 2001, p. 15)

"Promover la participación de las personas de edad en actividades cívicas... como estrategia para luchar contra el aislamiento social y favorecer su habilitación" (ONU, 2002, p. 36)

"Debe estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios" (ONU, 1982, p. 25)

"En la medida en que resulte posible, las personas de edad deberán participar en la elaboración de las políticas y programas de vivienda relativos a la población senescente" (ONU, 1982, p. 29)

"Los gobiernos deberán también esforzarse por reducir o eliminar cualquier restricción de tipo fiscal o de índole similar que pese sobre las actividades voluntarias y no estructuradas, así como las normas jurídicas que impidan o dificulten el trabajo a jornada parcial, la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios en la prestación de servicios junto al personal profesional o en instituciones destinadas a los ancianos" (ONU, 1982, p. 32)

"Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad" (ONU, 2002, p. 18)

"Posibilitar que las personas de edad hagan mayores contribuciones al restablecimiento y la reconstrucción de las comunidades y la trama social después de las situaciones de emergencia" (ONU, 2002, p. 32)

"La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal" (ONU, 2002, p. 14)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"Si pueden sentir que pueden dar más, entonces se van a sentir mejor aunque la enfermedad está ahí" "(...)hay un corazón joven, una mente joven deseosa de dar, de ser parte del grupo, y esa es la idea que tengo de un viejo" "(...)poder vivir en una asilo y también poder hacer trabajo voluntario(...) que pueda ser útil en el sentido de la palabra, de la acción, que pueda hacer cosas que sirvan para los demás y al mismo tiempo que me queden para mí" (PT3)

"(...)creo que está habiendo un cambio porque empiezan a involucrarlos más, con mayor participación social" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)me gustaría hacer...pues lo estoy haciendo, estoy viniendo al CASSAAM"
(AMB1- 9 meses)

"(...)yo represento a los adultos mayores, también tengo discapacitadas mujeres, jóvenes y niñas, o sea de todo. Pero de los adultos mayores también hay gente muy necia que no comprende, que no entiende lo que se está diciendo. Si uno ve por sus beneficios, se ponen al brinco todavía" "En esta etapa de la vida, ¿qué me gustaría hacer?, ayudar. Yo estoy solicitando, yo voy a ver los gobernadores pero siempre me han negado, que no hay posibilidad. No hay nada, de dónde quieres que agarre. Esas son las principales razones(...)" (AMB2-1 mes)

"Hacer ejercicio, visitar a mis familiares, hablar con ellos si no se puede" (AMB3 - 1 año)

"Les proponen por ejemplo, una cosa de estas como venir a rehabilitarnos, conocer personas, tener actividades. Muchos queremos y muchos no, porque nos encerramos en nuestro mundo, es ahí cuando vemos que no sabemos vivir lo que es la vejez" (AMB4- 1 año, 5 meses)

"Trabajar en un asilo, en una casa de día... porque a esta edad ya no le dan trabajo a uno en otro lado(...) Si sigo conservando mis sentidos, dar pláticas, escuchar a mis compañeros, prestarles mi hombro, o sea como..." (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"(...) que puedas llegar a dar hacia las demás personas... si tengo algo que pueda ayudarles a darles, me agrada mucho compartir con ellos [con los viejos] lo que pueda darles... estar ocupada de ayudar a la gente" (AMNB5)

Participación cultural y recreativa

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)se insta a los gobiernos y a las organizaciones internacionales a estimular y apoyar programas encaminados a lograr un mayor y más fácil acceso físico a instituciones culturales tales como museos, teatros, teatros de ópera, salas de conciertos, cines, etc. Por otra parte, debe pedirse a los centros culturales que organicen, para las personas de edad, y en cooperación con ellas, cursos prácticos

en materia de artesanías, bellas artes, música, etc., en que las personas de edad puedan desempeñar funciones activas en calidad tanto de beneficiarias como de colaboradoras de estos programas" (ONU, 1982, p. 37)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"...viajar, disfrutar de la naturaleza, del arte" (PT8)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)voy de paseo, hago lo que quiero..." (AMB1-9 meses)

"yo lo disfruto mucho el tiempo libre, aquí me han enseñado a ordenarlo, a aprovecharlo, a utilizarlo en lo mejor que se pueda" (AMB3-1 año)

"(...)la vejez, yo para mí, si ya no vengo aquí, pues irme a buscar otro lugar donde me den una actividad, ejercicio o alguna actividad que yo pueda desarrollar, sigo haciéndola (...)" (AMB4-1 año, 5 meses)

"... conocer algunos lugares..." (AMB5-3 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan.

Participación religiosa

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

No la mencionan.

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)los adultos mayores, muchos de ellos fomaron mayordomías dentro de la iglesia" (PT 1)

"(...)gente que por ejemplo va a las iglesias es muy participativa en ese sentido" (PT6)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Yo no soy católico, soy cristiano, a veces no llevo a cabo todo lo que me dicen ahí, que debo portarme bien con todo México, con todos mis semejantes" (AMB2-1mes)

"(...)ponerme al servicio de Dios por medio de una comunidad contemporánea, eso me gustaría" (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Participación - Toma de decisiones

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"El control sobre la vida de los ancianos no debe dejarse solamente a cargo del personal sanitario, de asistencia social u otro personal de servicio, pues los mismos ancianos suelen ser quienes mejor saben qué necesitan y cómo conviene que se les proporcione lo que necesitan(...)" (ONU, 1982, 25)

"Las personas de más edad deben ser incluidas en los procesos de adopción de decisiones gubernamentales y de otra índole, entre otras, en las esferas política, social, cultural y educativa(...)" (ONU, 1982, 31)

"Educar a los profesionales de salud y asistencia social para que incluyan plenamente a las personas de edad en la adopción de las decisiones relativas a su propia atención" (ONU, 2002, 41)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)en la medida en que nosotros facilitamos esta parte de que tomen decisiones, pues ellos no se van a sentir mal, por eso es un concepto subjetivo" (PT3)

"(...)que participe en las decisiones y actividades ya sea de manera profesional laboral" (PT6)

"¿Cómo es posible que no se atrevan a decir: "tienes derecho a..." "no quiero que estés en mi casa" "no quiero que agarres mis cosas" "si vas a comer, trae algo para comer" algo que compartir "no tengo que mantenerte" Y cosas así que dices, caray, por qué no se atrevan los adultos mayores a decirlo(...)" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"[Me gusta vivir] Haciendo lo que me gusta" (AMB1-9 meses)

"(...) tomar las cosas a las que tenemos derecho... la importancia que tenemos como personas, nosotros nos la tenemos que dar, no esperar que nos la den" (AMB5-3 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Entorno

Adaptación de la vivienda

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo, y se acepta de manera general que la vivienda influye mucho en la calidad de la vida(...) La adaptación del alojamiento, la prestación de ayudas domésticas prácticas concebida para facilitar la vida cotidiana de equipos domésticos bien diseñados pueden reducir la dificultad de las personas de edad(...)" (ONU, 1982, p. 28)

"Emprender investigaciones sobre las ventajas y desventajas de los distintos arreglos en materia de vivienda de las personas de edad, con inclusión de la residencia en común con los familiares y las formas de vida independiente, en diferentes culturas y contextos" (ONU, 2002, p. 28)

"Promover la construcción de viviendas para personas de edad con discapacidad en que se reduzcan los obstáculos y se potencien los estímulos para llevar una vida independiente" (ONU, 2002, p. 45)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...) con una vivienda decente..." (PT7)

"(...)se atreve a prever, una casa segura sin necesidad de tomar el curso. Yo lo veo y con los temas y todo, ¡caray!, es muy buen ejemplo, porque él ha hecho eso, se ha disciplinado, ha previsto que en su casa le hacían falta barandales, que ya le hacía falta luz, le hacen falta los apagadores(...)" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Adaptación del entorno comunitario

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Las personas de edad enfrentan una cantidad de problemas planteados por la circulación de los vehículos y medios de transporte. Los peatones de edad, en especial, deben enfrentar peligros reales o imaginarios que limitan su movilidad y su deseo de participar en la vida de la comunidad. Las condiciones en las que se realiza la circulación deben adaptarse a las personas de edad y no a la inversa. Las medidas que se adopten y los arreglos que se efectúen deben consistir especialmente en enseñar al público a respetar las normas de circulación, en establecer limitaciones de velocidad, particularmente en los "establecimientos" humanos, en garantizar especialmente la seguridad en las carreteras en el ambiente de la vivienda y en las zonas residenciales, así como en los medios de transporte" (ONU, 1982, p. 28)

"(...)entornos favorables para todas las personas de edad son indispensables para promover la independencia y habilitar a las personas de edad que tienen discapacidades(...)" (OMS, 2002, p. 44)

"(...)hacer accesibles a las personas de edad con discapacidad los espacios, transportes y otros servicios públicos, así como los locales y servicios comerciales(...)" (ONU, 2002, p. 45)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)que los camiones fueran más bajitos porque están muy altos para ellos"(PT3)

"La dignidad incluye en que tengan el servicio adecuado, servicio médico, estructura adecuada a ellos..." "[los viejos deben vivir] en comunidad" (PT5)

"(...)En la comunidad en donde yo vivo últimamente se están abriendo espacios públicos parques áreas recreativas veo que desde hace como dos meses se están llenando sus lugares de adultos mayores(...) adaptaciones físicas subir al camión, para el metro, algunos centros comerciales en donde ellos puedan tener parques sin cruzar avenidas muy peligrosas y donde también se considere economía también haya lugares en donde ellos pueden degustar alimentos que no sean tan caros." (PT6)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Familia

Fomento de la unión familiar

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"La familia es la unidad básica reconocida de la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada" (ONU, 1982, p. 30)

"Ayudar a las familias a compartir sus alojamientos con los familiares de edad que así lo deseen" (ONU, 2002, p. 25)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)es importante que ellos se reconozcan otra vez que puedan empoderarse que puedan incrustarse otra vez a su entorno de familia que es donde muchas veces se siente un poco desplazados" "(...)en el entorno familiar que no se me excluya sino que forme parte(...)" (PT6)

"(...)un equilibrio familiar decente(...) un equilibrio familiar, tanto con tu pareja como con tu medio externo, ya sean tus nietos, tus hijos, tus nueras, tus yernos, tus vecinos" (PT7)

"(...)dentro del seno de la familia, los que todavía conservan una pareja, pues con pareja, y los que no, pues con los hijos, con los nietos, pero en una familia" (PT8)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)visitar a mis familiares, hablar con ellos si no se puede (...)" (AMB3-1 año)

"(...)a mí, una de mis hijas me acompaña cada vez que tengo consulta con el médico familiar" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)si llego a tener nietos, [me gustaría] estar con mis nietos, cuidarlos de vez en cuando. Ya no voy a tener las aptitudes para poder cuidarlos diario. Gozar a mis hijos, a mi esposo(...)" (AMB7-3 meses)

"(...)Sin olvidarme lo de la familia por supuesto. Porque tengo dos hijos, una nuera, dos nietos, un hijo que me acaba de hablar no es casado" (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

"...con el cariño de mis hijos..." (AMNB3)

"(...)con mucho amor y atenciones de sus hijos" (AMNB4)

Familia - Apoyo social

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"El respaldo apropiado del sector más amplio de la comunidad, disponible cuando y donde sea necesario, puede representar una diferencia trascendental respecto a la voluntad y capacidad de las familias de seguir cuidando a los parientes de edad avanzada. En la planificación y prestación de servicios se deberá tener plenamente en cuenta las necesidades de quienes prestan tales cuidados" (ONU, 1982, p. 30)

"Introducir políticas para proporcionar apoyo en especie, atención de la salud y préstamos a las personas de edad que atienden a otros para ayudarlos a responder a las necesidades(...)" (ONU, 2002, p. 42)

"Ofrecer asistencia y servicios continuados, de diversas fuentes, a las personas de edad, y apoyo a las personas que prestan asistencia(...)" (ONU, 2002, p. 45)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)Qué bueno el Gobierno del Distrito Federal está viendo por ellos [los adultos mayores] (...) (AMB8-1 año, 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Ingresos

Ingresos – Empleo

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Deberán tomarse medidas adecuadas, con la participación de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, para que los trabajadores de edad puedan, en la mayor medida posible, permanecer en un empleo en condiciones satisfactorias y beneficiarse de la seguridad del empleo(...)" (ONU, 1982, p. 34)

"Promover entre los empleadores actitudes favorables a la capacidad productiva de los trabajadores de edad, de manera que puedan seguir empleados, y promover la conciencia de su valor en el mercado laboral, incluida la conciencia de sus propias posibilidades" (ONU, 2002, p. 15)

"Permitir que las personas de edad continúen trabajando mientras deseen trabajar y puedan hacerlo" (ONU, 2002, p. 21)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)Seguir trabajando(...)" (PT2)

"hay algunos que está laborando y todo esto tiene un impacto en su vida diaria en su vida cotidiana(...)" (PT6)

"(...)yo los veo con sensaciones de pérdidas, con estados de ánimo bajos, como situaciones del futuro muy pobres; con tristeza y pues lo más grave, con pobreza, con pobreza económica, pauperados económicamente" (PT7)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias

No la mencionan

Ingresos – Jubilación

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"En los casos en que la jubilación sea la opción preferida pueden establecerse distintos niveles de jubilación voluntaria anticipada con beneficios reducidos, compensada mediante la prolongación del período de empleo de aquellos para quienes el trabajo diario sea el principal interés y, en algunos casos, la razón principal de su existencia." (ONU, 1982, p. 20)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)dignamente con una pensión decente" (PT7)

"(...)Tranquilos me refiero a que no sufran la angustia de que ¿qué vamos a comer?, ¿cómo voy a dormir? No tengo mi medicamento, a eso me refiero con tranquilidad, esa tranquilidad que te da una estabilidad [económica]" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)realmente las pensiones que se dan, son muy pobres. Se vive con mucha, con mucha, bueno yo digo, no con angustia, pero se vive con pendiente de que no alcance, de que el hijo no le dé a uno" (AMB3-1 año)

"(...)Tener dinero suficiente..." (AMB5)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Preocupa la situación económica" (AMNB3)

Ingresos – pensiones no contributivas

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas de edad un nivel mínimo de recursos adecuados, y desarrollar la economía nacional en beneficio de toda la población" (ONU, 1982, p. 33)

"Ingresos mínimos suficientes para las personas de edad, con especial atención a los grupos en situación social y económica desventajosa" (ONU, 2002, p. 31)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...) Qué bueno el Gobierno del Distrito Federal está viendo por ellos, pero qué crees que yo sin haber hecho una encuesta estoy segura que el 90% de esos adultos mayores tienen esa tarjeta (...) (AMB8-1 año, 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Ingresos – carga de la dependencia

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)debe alentarse a los hijos a que mantengan a sus padres" (ONU, 1982, 31)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Ingresos – seguridad social

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Promoción de programas que permitan a todos los trabajadores obtener una protección social/seguridad social básica que comprenda, cuando corresponda, pensiones, seguro de invalidez y prestaciones de salud" (ONU, 2002, p. 30)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Educación

Educación para la salud

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)el fomento de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades se requieren nuevas orientaciones y aptitudes entre las propias personas de edad, así como sus familias..." (ONU, 1982, p. 24)

"Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los debidos a problemas dentales" (ONU, 1982, p. 26)

"Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valor espirituales" (ONU, 1982, p. 35)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"[que tengan] servicio médico" (PT4)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)nos han enseñado, (...) tenemos que aceptar que somos viejos, si somos; pero nos han enseñado cómo vivirla, cómo vivir la vejez, y eso te ayuda mucho. Pues como, por ejemplo, si está uno encerrado en su casa, pues, sentado en un rincón viendo la tele, o comiendo. No (...) (AMB4-1 año, 5 meses)

"(...)Sí se puede, si se puede [ser sano en la vejez] Estando documentado, que te expliquen ¿Qué me va a pasar si hago esto o el otro o aquello? (AMB8-1 año, 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Educación para todos sobre envejecimiento

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)el fomento de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades se requieren nuevas orientaciones y aptitudes entre las propias personas de edad, así como sus familias..." (ONU, 1982, p. 24)

"Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los debidos a problemas dentales" (ONU, 1982, p. 26)

"Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valor espirituales" (ONU, 1982, p. 35)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)adultos que tenemos una experiencia que se considere la experiencia que tenemos" (PT6)

"(...)cada anciano o anciana te oferta toda una experiencia, toda una historia de vida, toda una serie de conocimientos cotidianos, familiares y muchas cosas históricas que se les van olvidando a los jóvenes. Pero por supuesto toda esa parte y esa magia de todos esos años acumulados" (PT7)

"(...)aprendo mucho de ellos, a diario se aprende algo de ellos, pero sobre todo de aquellos que yo veo con mucho ánimo, con mucha ilusión, con experiencia y que a la vez te la transmiten" (PT8)

"los adultos mayores como(...) aprendizaje(...) Aquí los maestros son ellos" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Viejos sabios educadores

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valor espirituales" (ONU, 1982, p. 35)

"La economía general también puede beneficiarse de otros planes para utilizar la experiencia y los conocimientos de los trabajadores de edad para capacitar a los empleados más jóvenes y nuevos." (OMS, 2002, p. 21)

"Un lugar de trabajo en el que exista diversidad en cuanto a la distribución por edades crea un entorno en que las personas pueden intercambiar técnicas, conocimientos y experiencias" (ONU, 2002, p. 25)

"Alentar el aprovechamiento del potencial y de los conocimientos en materia social, cultural y educativa de las personas de edad" (ONU, 2002, p. 27)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"...como toda tu experiencia total que puedes expandir, dándola como enseñanza a los demás, compartiendo tus conocimientos a las personas que más lo necesiten o a la vida misma, de tal manera que con ella puedas contribuir a mejorar tu sociedad o al mundo que te rodea" (PT 1)

"(...)poner en práctica su conocimiento y su sabiduría(...)" "(...)lo que ellos pueden dar es mucho, compartir, aunque los jóvenes somos un poco necios(...) creo que sus palabras y sus pensamientos" "(...)ellos son el guía 100% para nosotros" (PT3)

"(...)una abuela que tuve, fue muy importante para mí, sobre todo los consejos que siempre me daba(...) tenía mucha sabiduría en sus palabras por su experiencia de vida" (PT4)

"[vejez] experiencia de vida, como sabiduría" (PT5)

"(...)adultos que tenemos una experiencia que se considere la experiencia que tenemos" (PT6)

"(...)cada anciano o anciana te oferta toda una experiencia, toda una historia de vida, toda una serie de conocimientos cotidianos, familiares y muchas cosas históricas que se les van olvidando a los jóvenes. Pero por supuesto toda esa parte y esa magia de todos esos años acumulados" (PT7)

"(...)aprendo mucho de ellos, a diario se aprende algo de ellos, pero sobre todo de aquellos que yo veo con mucho ánimo, con mucha ilusión, con experiencia y que a la vez te la transmiten" (PT8)

"los adultos mayores como(...) aprendizaje(...) Aquí los maestros son ellos" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)un adulto mayor es un cofre de sabiduría (...)" (AMB8-1 año, 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Educación continúa

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)es importante que las personas de edad, al igual que las personas de todos los demás grupos de edad, tengan acceso a cursos básicos de alfabetización, así como a todos los servicios educacionales disponibles en la comunidad" (ONU, 1982, p. 35)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"aprender cosas, aprender más cosas, porque eso nos va a mantener o nos mantiene despiertos, nos mantiene activos y eso es bueno" "nunca es tarde para aprender y conocer cosas nuevas" (PT2)

"[En la vejez] Seguir aprendiendo más"(PT5)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"[Me siento bien cuando] tomo cursos" (AMB1-9 meses)

"(...) quiero aprender a pintar y seguir pintando lo que yo aprenda (...)" (AMB3-1 año)

"(...)es bueno que lo documenten a uno para si va tener uno un poquito más de vida, tener la calidad de vida(...)" (AMB8-1 año 2 meses)

"Pero hay que darle su tiempo, nada más terminando de estudiar..." "Ahorita primeramente dios terminando este curso empieza el de computación, son dos meses. Por qué. Qué tal si voy a cuidar a un adulto mayor que me dice "¡Aaay yo me quedé con las gaaanas de conocer Tierra Santa!" ¿Y por qué se va a quedar con las ganas? Tucu tucu tucu tucu. Se la pongo en pantalla" (AMB8 1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"(...)seguir yendo a mis clases en la universidad..." (AMNB3)

"(...)aprendiendo de la vida; aprendiendo, aprendiendo cada día. Aprender las 24 horas del día" (AMNB5)

Bienestar emocional

Bienestar emocional – calidad de vida

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Dondequiera que sea necesario o inevitable proporcionar diferentes formas de atención en instituciones para los ancianos se deberá hacer todo lo posible para asegurar que esas personas gocen de una calidad de vida que corresponda a las condiciones que normalmente se dan en su comunidad y del pleno respeto a su dignidad, sus creencias, sus necesidades, sus intereses y su privacidad; debería estimularse a los Estados a definir los criterios mínimos para asegurar una mejor calidad de la atención institucional" (ONU, 1982, p. 32)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"...porque no es nada más tener la vida es tener la calidad de vida" (AMB8-1 año 2 meses)

"[Deberían vivir los viejos] con mejor calidad de vida, tratarlos con amor, con paciencia, y ayudarles en lo que uno pueda" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Bienestar emocional – apoyo tanatológico

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)Atender a los moribundos, dialogar con ellos y apoyar a sus allegados en el momento del duelo" (ONU, 1982, p. 23)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...) con servicio de atención al final de la vida..." (PT7)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...) mi esposo falleció en octubre, van a ser ocho meses, sí y yo siento que la soledad ya me gastó como dos años de mi vida(...)yo sentí que... que si me descuidaba, tocaba suelo (...)Aquí ya van tres cuatro doctores que nos dan la plática y nos explican y no, no hay que

caer en *depre*" "(...)escuchar a mis compañeros, prestarles mi hombro(...)" AMB8-1 año, 2 meses"

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Bienestar emocional – espiritualidad

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)el bienestar espiritual es tan importante como el material, todas las políticas, programas y actividades deben elaborarse para apoyar y fortalecer el bienestar espiritual de los ancianos" (ONU, 1982, p. 16)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...) dedicarme a la parte emocional, dedicarme a algo de un estudio de la vida, a buscar actividades como yoga, o esto, tai chi, chi kun, todo esto que otros países le oferta a la gente un equilibrio excepcional" (PT7)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)te das cuenta de que si llegaste hasta este momento, primeramente porque Dios todavía no te tiene marcado tu final, tu llamado hacia él ¿verdad? Yo que soy católica" (AMB8-1 año 2 meses)

"(...)muchas veces le pedía a Dios que mejor ya me llevara" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Reconciliarme con Dios, reconciliarme con mis hijos porque yo ya les pedí disculpa, ya les dije que sí los he ofendido, cuando he tenido oportunidad que estén aquí. Porque soy muy explosiva, de repente digo cosas que me arrepiento con mucha facilidad, pero ya les pedí disculpa" (AMNB1)

"(...)vivir la vida como Dios me la dé" (AMNB2)

"(...)cuando Dios disponga(...)" (AMNB3)

"(...)no tengo otra forma de darle gracias a Dios y a la vida porque me ha dado mucho, y ahora que ya voy envejeciendo, pues, le doy gracias a la vida, porque yo, este, yo he recibido mucho de la vida, de Dios. Y he salido adelante con tantas carencias, de lo poco que he tenido, yo creo que Dios me ha dado la capacidad para hacer mucho de esto y sacar adelante a mi familia"

(AMNB5)

Bienestar emocional – respeto

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"El reconocimiento de la autoridad, la sabiduría, la dignidad y la prudencia que son fruto de la experiencia de toda una vida ha caracterizado normalmente el respeto con que se ha tratado a la ancianidad en el curso de la historia" (ONU, 2002, p. 53)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)los abuelos que quedan vivos, pues se les estima mucho, pues la mayoría de la gente que vivía ahí, pues se conocen, (...) cuando se festeja a los abuelos, a los que fundaron las mayordomías, no pagan ya cuota, son invitados, se puede decir, que especiales a las fiestas(...) son como(...) Respetados, los respetan" (PT 1)

"(...)una persona que tiene derechos como cualquier otra persona de 40 30 años que no sea una actitud tan mimada sobreprotectora que se una actitud de respeto" (PT6)

"(...)como yo quiero que trataran a los ancianos, con dignidad y respeto" (PT7)

"[Que en la vejez te traten] con respeto, con respeto, con cariño" (PT9)

"[los viejos deberían vivir] en una comunidad de respeto, en una comunidad de tolerancia, y sobre todo una comunidad de conocimiento" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)con paciencia, que me escuchen, con amor, con respeto" (AMB7- 3 meses)

"Que se me recuerde con cariño y con respeto" (AMB3-1 año)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Bienestar emocional – seguridad

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena(...) segura y satisfactoria..." (ONU, 2002, p. 55)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"[Los adultos mayores deberían vivir] Tranquilos, con la felicidad y seguridad que siempre quisieron y nunca tuvieron... Entonces, los viejos deberían vivir bien, en paz, a eso me refiero" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Redes sociales

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Fomentar las redes sociales de apoyo(...)" (OMS, 2002, p. 24)

"Ayudar a las personas de edad a restablecer sus vínculos familiares y sociales y a superar el estrés postraumático" (OMS, 2002, p. 27)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)por supuesto también tus amigos" (PT7)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Entonces aquí lo he aprendido por medio de lo que llaman las redes sociales y redes de apoyo" (AMB3-1 año)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"...seguir con mi grupo de amigas... (AMNB3)

Redes sociales - Solidaridad intergeneracional

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Con objeto de favorecer el estrechamiento de lazos entre generaciones distintas, debe fomentarse la participación de los jóvenes en la prestación de servicios y atención, así como en actividades para las personas de edad o con ellas" (ONU, 1982, p. 32)

"Alentar y apoyar las actividades tradicionales y no tradicionales de asistencia mutua intergeneracional dentro de la familia, la vecindad y la comunidad(...)" (OMS, 2002, p. 27) fomentar las redes sociales de apoyo(...)" (OMS, 2002, p. 24)

"Ayudar a las personas de edad a restablecer sus vínculos familiares y sociales y a superar el estrés postraumático" (OMS, 2002, p. 29)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Redes sociales - Ayuda mutua

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Con objeto de favorecer el estrechamiento de lazos entre generaciones distintas, debe fomentarse la participación de los jóvenes en la prestación de servicios y atención, así como en actividades para las personas de edad o con ellas" (ONU, 1982, p. 32)

"Alentar y apoyar las actividades tradicionales y no tradicionales de asistencia mutua intergeneracional dentro de la familia, la vecindad y la comunidad (...)" (OMS, 2002, 27)mentar las redes sociales de apoyo(...)" (OMS, 2002, p. 24)

"Ayudar a las personas de edad a restablecer sus vínculos familiares y sociales y a superar el estrés postraumático" (OMS, 2002, p. 29)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"[Cuando platico con la gente de mi edad] nos contamos nuestras experiencias, nuestros problemas, hasta nuestras enfermedades, cómo las llevamos, cómo vivimos. Muchas compañeras tienen problemas, y los platican con uno, y se siente uno más tranquilo en ayudarlas al menos a escuchar y que le escuchen a uno" (AMB3-1 año)

"(...)le toca prestarse para ayudar a alguien que lo necesite, adulto mayor por supuesto (...)" (AMB8- 1 año, 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Maltrato

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

Maltrato- Discriminación

"Es corriente la discriminación por cuestión de edad: un elevado número de trabajadores de edad avanzada no pueden permanecer en la fuerza de trabajo o reincorporarse a ella debido a prejuicios basados en la edad" (ONU, 1982, p. 34)

"Eliminación de las desigualdades sociales y económicas por razones de edad o sexo o por otros motivos, incluidas las barreras lingüísticas, a fin de garantizar que las personas de edad tengan un acceso equitativo en condiciones de igualdad a la atención de la salud" (ONU, 2002, p. 39)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"Estas ideas donde hacen menos al adulto mayor, principalmente ahorita con estas generaciones" (PT3)

"(...) la verdad se han olvidado mucho de los viejos, de las aceras, de los mercados, de los servicios médicos, y pues yo creo que los tratan muy al límite de los derechos" (PT7)

"(...) no hay respeto y mucho viejito, no hay consideración. Los jóvenes no están educados para aprender de los viejos, los jóvenes marginan a los viejos y los adultos jóvenes permitimos eso. ¡Qué triste!, porque para allá vamos" (PT9)

"(...) hay un poco de marginación, porque piensan que ya son obsoletos, pues no tienen por qué tener mayor participación en las cuestiones sociales porque, cómo qué pueden aportar(...)" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)yo también siento mal cuando una persona está que ya no puede no moverse, entonces hay enfermos, si está enferma y además está sufriendo y que no puede hacer nada, le niegan lo que está pidiendo, ya no la quieren, vaya, estorba" (AMB2-1 mes)

"(...) me ha llamado la atención que ahora pues se estén preocupando por nosotros, que ya nos tomen en cuenta(...)" (AMB3- 1 año)

"(...)a veces la gente grande deja de tener interés para la gente, de mediana edad o joven o muy jóvenes, son muy ignorados, me imagino" (AMB5-3 meses)

"(...)la gente joven no tiene la paciencia para escuchar a las personas mayores" (AMB7- 3 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Maltrato - Abandono, violencia y sufrimiento

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"El abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas —física, psicológica, emocional, financiera— y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas" (ONU, 2002, p. 51)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)recuerdo también de abandono, adultos que(...) los ves solos, viviendo de la caridad, con ganas de sentirse queridos, tomados en cuenta, con ganas de que alguien tome aunque sea un vaso de agua con ellos..." (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Veo por ejemplo pensamientos, cómo tratan al viejo. Yo mismo lo estoy viviendo. Tienen problemas porque los corren de su casa los mismos hijos, les golpean los hijos, a los padres. Ya con su huella les quitan sus pertenencias, hasta la pensión se las han quitado. Pero desgraciadamente no entiende la gente y no quiere proceder en contra de ellos. Les están quitando todo. Tengo un amigo que tiene 32,000 pesos en pensión y se lo quitó su nuera, y su hijo le quitó su casa. Esas son cosas, son fuertes eh, pero existen" "hay muchas quejas, pero cuando se puede se les ayuda y cuando no, no. Cuando están tomados y dices: "pues tú me dijiste..." Vamos a levantar un acta y ¿quieres que te lleve así como estás tomado? ¿Qué te pasó?, pues no ves cómo me pegaron mis hijos. Por algo les pegan, algo les hicieron. Por eso echan montón, el que va a acabar en la delegación eres tú, que no estás consciente de lo que estás haciendo. Los ves que están ahí chillando, hay una piedra en la banqueta, no pues mire, ya mis hijos me sacaron de la casa. Y ya me empiezan a contar su vida. Y no hay construcción, son jacalitos de lámina de cartón. Yo ese lo compré con mi trabajo, yo lavo y plancho, me hice de mi terrenito y ahora mis hijos me sacan porque tienen fiesta, pero de puro vicio. Se juntan los viciosos ahí con él, puro marihuano. Pero no es que estén conviviendo en una cosa sana, sino pura droga. Le digo, si quiere ahorita vamos y le sacamos a todos los que están ahí, y no quieren, ¿por qué?, mientras que no haya voluntad de la persona, no se puede hacer nada" (AMB2-1 mes)

"Bueno, a veces se siente uno solito, porque los hijos tienen ya sus obligaciones, tienen que salir a trabajar, pero eso no quiere decir que no lo quieran a uno" (AMB3-1 año)

"(...) yo vivo muy tranquila, aunque vivo sola, pero estoy muy tranquila. Yo le pago a una persona para que me vaya a ayudar a hacer el quehacer, hacer la limpieza de la casa. Porque aunque tuve bastantitos hijos, ahora ya nadie quiere vivir conmigo.

Tuve siete hombre y una mujer nada más. Pero ya todos se casaron, estoy sola"
(AMB6-6 meses)

"(...) yo siento como que no me da el tiempo que yo como esposa necesito (...) que no haya violencia ni con los hijos, ni el esposo, ni con nadie. Que no nos maltraten, que no nos humillen, que nos den el trato que debe de ser(...)" (AMB7-3 meses)

"A mí no me gusta la soledad y ¿Qué es lo que uno debe hacer cuando no le gusta algo? No preocuparse, O-CU-PAR-SE, ¿sí?, entonces ya me estoy ocupando en ese punto de... analizando, meditando, estudiando el problema de la soledad para mí porque para mí sí es un problema, no es un evento pasajero" (AMB8-1 año 2 meses)

"(...)Ahorita en la soledad que estoy viviendo(...) yo siento que la soledad ya me gastó como dos años de mi vida, ahorita en lugar de tener 65 ya tengo 67, no es tanto que digas "¡Ay, me va a espantar el coco!" ¡No! Yo soy de un carácter muy positivo, muy alegre, ¿ajá?, entonces, muy comunicativa, llevo y a quién le cuento lo que hice aquí(...)"(AMB8-1 año 2 meses)

"fíjate que esa película la vi exactamente para que me terminara de despertar chasquea los dedos mi movilidad. "Muévete Margarita" porque es un viejito, que le puse viejito porque está muy bien dibujado, es un viejito muy mono, muy limpiecito, muy arreglado, estetizado, que namás tuvo un hijo, su esposa falleció, el hijo se casa, ya tiene una mujer y te vas adentrando y dices "Híjole, que lástima que no hicieron esta película con una mujer!" sino ahí estaría yo, de que el hijo se ve como que obligado a cuidar a su papá porque pues ¡su papá no tiene a nadie! Pero llega un momento en que por ignorancia no se dan cuenta de los síntomas de la enfermedad que ya se le está desarrollando y lo llevan a una casa de reposo y ahí se le desarrolla la enfermedad y al menos hasta que termina la película ya termina totalmente con la enfermedad y con un muy buen amigo en la casa de reposo, pero ¿Qué te despierta ver ese tipo de películas? Que un adulto mayor no debe estar solo en su casa, no debe de estar solo, aunque lo veas sano o fuerte, lleno de vitalidad, no debe de estar solo ¿Por qué? Porque una... Haz de cuenta que se sube la presión ¿Y si se cae? Ya no fue nada más de que se le subió la presión, ya se trae consigo: la fractura del tobillo o un golpe en la cabeza o una dislocación de hombro ¿y solo? ¿Qué va a pasar con ese ser humano por ser adulto mayor y no prestarle atención? (...)" (AMB8-1 año 2 meses)

"Yo recuerdo a mi mamá, a mi papá que este, todas las hermanas trabajábamos y los abandonamos, los abandonamos porque yo también trabajaba, y los abandonamos mucho tiempo, y ya cuando los vimos estaban muy mal ya. Ya fue cuando nos empezamos a acercar con ellos(...) [a mi papá] le dio cáncer de pulmón y ya cuando lo quisimos ver, ya fue demasiado tarde porque si los abandonamos. Ellos estaban solitos en su casa y cuando teníamos tiempo, pues los íbamos a ver"
(AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"me quedé sola..." "A lo menos que se acordaran que estoy aquí mis hijos... cuando menos que vinieran a saludar" (AMNB1)

"(...) tratarlos bien, no ser groseros con ellos, pues también para que ellos no les respondan mal. Los trata uno mal, pues claro que se tienen que defender, ¿no?(...) que no sean groseros conmigo," (AMNB2)

"Ahora por la, tanta prisa que se vive(...) sufren maltrato emocional porque no les hacen tanto caso" (AMNB3)

"(...) a pesar de tantos pesares y sufrimiento" "llega uno a hacerse(...) un estorbo hacia la familia" "(...)hace poco tuve un altercado con una fulana que vende tacos(...) mi impotencia de no poderle soltar un golpe ¿no? Yo lloré de coraje ¿no?(...) Porque yo sé que estoy mal de mis manos, de la columna, y como se lo dije a ella: "si no te doy un mal golpe, porque la que va ir a la cárcel, vas a ser tú". Le digo: "en primera porque estoy mal de mi columna, y tú sabes cómo ando de mis manos, pero no por eso abuses", y yo también le contestaba con palabras fuertes ¿me entiendes?, y sí, yo reconozco que lloré de miedo, de miedo y de impotencia de no poderle dar"
(AMNB4)

Maltrato - Abuso

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Limiten la publicidad intensiva y otras técnicas de venta destinadas fundamentalmente a explotar los escasos recursos de las personas de edad" (ONU, 1982, p. 27)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...) no porque no tengas una casa, sino porque luego tiene la casa y está todo mundo, y están todos y nadie le apoya..." (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"¿Qué pasa ahorita con las tarjetas de despensa? (...) yo sin haber hecho una encuesta estoy segura que el 90% de esos adultos mayores tienen esa tarjeta para complacer a los hijos, a las hijas y a los nietos, porque yo lo veo. El día que es de cambiar en los *súpers* de ir a sacar su despensa: los tenis, los *shampús*, los tintes, va la hija consintiendo a la mamá viejita o a la abuelita viejita y ya que salen con el carro lleno, ya, ya pagó la viejita y ora si "¡¡Apúrate mamáaa!! ¡¿No ves que me está esperando mi esposo?!" Me tocó ver ese caso aquí en Chedraui y yo dije "¡Híjole Dios! No ps si ya, ¡ya le llenó el carro! Ora si 'ya apúrate'" Y adentro no, adentro "Oye mamá ¡Qué te parece si llevamos dos paquetes de *Hot Keis* para invitar a mi hermano el domingo?!" Muy diferente la actitud adentro y la actitud afuera" (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Maltrato - Estereotipos

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...)la concentración de la atención pública en la magnitud y el costo de los servicios de atención a la salud, las pensiones y otros servicios ha promovido una imagen negativa del envejecimiento" (ONU, 2002, p. 53)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)simplemente ser viejo es una etiqueta que damos socialmente. Pero viejo en realidad no existe en la persona si es que ella jamás se lo indica o se lo nombra" (PT 1)

"(...)entendí que me estaba comportando más viejita que la viejita" (PT3)

"(...)vivimos en una sociedad donde se antepone mucho la parte de la juventud"
"(...)sexo sin pudor y esta de...me gusta mucho pasarles pedazos, no mucho porque todavía nuestro México es un poco prejuicioso y aparte a veces los ancianos, pero a

mi toca aquí, dar una plática de sexualidad y en ella, yo intento esta parte ¿no? que ellos recobren muchas de las emociones y las sensaciones perdidas, que vean que eso a pesar que disque en Europa tienen otro punto de vista, sigue siendo prejuiciado y que muchas de las cosas que se hacen, se hacen porque uno quiere y porque uno tiene la necesidad de hacerlo(...)" (PT7)

"(...) puede experimentar, este, pues racismo social que es lo que más encontramos por la falta de conocimiento de a qué se refiere esa etapa, y los pros y contras de estar cursando por esa etapa(...)" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Género

Género - ingresos

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Las relaciones existentes entre las necesidades de empleo y de ingresos de los jóvenes y las de las personas de edad entrañan problemas particularmente difíciles para la mujer, cuyas mayores esperanzas de vida pueden significar una vejez agravada por necesidades económicas, aislamiento y escasas perspectivas de empleo remunerado o ausencia total de ellas." (ONU, 1982, p. 20)

"(...) deberá prestarse especial atención, dentro del marco de la seguridad social y de los programas sociales, a la situación de las mujeres de edad, cuyo nivel de ingresos suele ser más bajo que el de los hombres y cuyo empleo ha quedado a menudo interrumpido a causa de las responsabilidades que les imponen la maternidad y la familia. A la larga, convendrá orientarse hacia el concepto del derecho propio de la mujer a la protección social" (ONU, 1982, p. 33)

"Promover entre los empleadores actitudes favorables a la capacidad productiva de los trabajadores de edad, de manera que puedan seguir empleados, y promover la conciencia de su valor en el mercado laboral, incluida la conciencia de sus propias posibilidades" (ONU, 2002, p. 16)

"Velar por que se tengan en cuenta los derechos de las mujeres de edad en las zonas rurales y lejanas en relación con la igualdad de acceso a los recursos económicos y el control sobre dichos recursos" (OMS, 2002, p. 24)

"Lograr que las organizaciones de empleadores y de trabajadores estén conscientes del valor del readiestramiento de los trabajadores de edad, especialmente las mujeres" (OMS, 2002, p. 26)

"Las desigualdades y disparidades entre los géneros en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado entre las mujeres y los hombres, la falta de apoyo tecnológico y financiero para las empresas de las mujeres, la desigualdad en el acceso al capital y el control de éste, en particular la tierra y los créditos, y en el acceso a los mercados laborales, así como todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales, han obstaculizado la habilitación económica de la mujer y han intensificado la feminización de la pobreza" (ONU, 2002, p. 28)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Género - viudez

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento

"Habida cuenta del mayor número de mujeres de edad y de la proporción relativamente mayor de viudas que de viudos en todo el mundo, deberá prestarse particular consideración a las necesidades y funciones especiales a este grupo" (ONU, 1982, p. 30)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Género - discapacidad

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Las mujeres de edad son particularmente vulnerables a la discapacidad en la vejez(...)" (ONU, 2002, p. 49)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Género – abuso, violencia y maltrato

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Algunas prácticas tradicionales y costumbres perjudiciales se traducen en malos tratos y violencia contra las mujeres de edad, situación que suele verse agravada por la pobreza y la falta de acceso a la protección de la ley(...) la pobreza puede poner a la mujer en situaciones en que es vulnerable a la explotación sexual" (ONU, 2002, pp. 51-52)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

No la mencionan

Género – estereotipos

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"Las mujeres de edad se ven particularmente afectadas por los estereotipos engañosos y negativos: en lugar de representarlas de manera que reflejen sus aportaciones, sus puntos fuertes, su inventiva y sus calidades humanas, suelen ser representadas como débiles y dependientes" (ONU, 2002, p. 53)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Personas adultas mayores no beneficiarias del CASSAAM

No la mencionan

Vejez

Documentos de Planes Internacionales de Viena (1982) y Madrid (2002) sobre el Envejecimiento.

"(...) la vejez es una fase natural del ciclo vital, la carrera y la experiencia de una persona, y de que cada persona suele tener las mismas necesidades, facultades y posibilidades durante toda la vida" (ONU 1982: p. 14)

"(...) algunos sectores de la población de más edad, especialmente los más ancianos, seguirán siendo un grupo vulnerable..." (ONU, 1982, p. 23)

"Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo hay problemas de nutrición, especialmente entre los ancianos pobres y en condición desventajosa. Otro gran riesgo a que están expuestas las personas de edad es el de los accidentes" (ONU, 1982, p. 25)

"El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez" (OMS, 2001, p. 12)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"Para mí la vejez es un proceso inevitable de la vida, un ciclo en el cual quedan tu experiencia, tu máxima experiencia... experimentar muchas pérdidas, pues

normalmente es la etapa en la que más perdemos cosas. Perdemos hijos, perdemos a los padres, perdemos hermanos; entonces es una etapa donde se debe de experimentar, pues tu grado de fortaleza que has ido acumulando durante toda la vida" "(...)Los signos de la vejez, pues, algunos presentan diferentes signos, no siempre son los mismos, pero comúnmente se puede decir que la piel se adelgaza, se deshidrata con más facilidad. Se empieza a encorvar uno, la columna empieza a encorvarse o compactarse por los años de compresión hacia la presión atmosférica o a la fuerza de gravedad, esa sería la palabra. Desgaste articular, problemas o irregularidades en algún sistema, ya sea cardíaco, digestivo, respiratorio, siempre y cuando cada uno presente características diferentes ¿no? o sea, no hay una especificidad para poder decir qué es vejez, sino principalmente sería, pues, las manchas en la piel o arrugas en la piel, aunque algunas personas no lo muestran con tanta facilidad" (PT1)

"No sé porque asocian la vejez siempre con la tristeza o con algo como que ya terminó, cuando debería ser como otra etapa de la vida" (PT2)

"Pues es un proceso de cambio de todo ser humano, es holístico. Que el cambio va desde la parte física, la parte emocional, social, la parte espiritual" "puedes ser un joven de 20 años con un pensamiento de un anciano que ve las cosas muy serias(...) sé es viejo cuando crees que ya no puedes dar más(...) los primeros signos de la vejez son toda disminución de tus sentidos, menor vista, menor sentido del gusto, menor sentido del olfato, algunos problemas de movilidad, depende de la calidad de vida, o del estilo de vida que tengan como para que puedan vivir ciertas situaciones. Si todo el tiempo se la pasaron con una vida muy sedentaria, pues se van a tener más dificultades y depende como se han cuidado las enfermedades anteriores como para decir que ahora tiene una buena o mala salud" (PT3)

"La vejez es una etapa más de la vida(...) Ser viejo es ser reconocido en la sociedad, solamente(...) Cursando pérdidas. Sólo pérdidas físicas, sociales, emocionales. Pero también a su vez hay una ganancia, la ganancia de la oportunidad de las nuevas adaptaciones a antes de su pérdida. Yo creo que nada se puede perder, que siempre hay algo que ganar(...) Los signos de la vejez, biológicamente, bueno, pues empezamos desde lo físico, puede ser desde piel, nervios, huesos, mente, deterioro cognitivo, cambios de humor. A veces el apego a los espiritual. Socialmente, cambios, dependiendo de los vínculos desarrollados a través de él, puede haber aislamiento o un mayor apoyo, dependiendo de, no necesariamente de la familia,

sino de las amistades que desarrollaste. Pero también ya hay deficiencias en lo visual o en lo auditivo, puede también influir, pero si este adulto mayor no acepta estas pérdidas, su vida se va a ver muy afectada" (PT4)

"La vejez es la etapa final del ciclo de la vida. Ser viejo, pues es estar en esta etapa al final del ciclo de vida(...) Experimenta cambios(...) en el nivel social, en(...) roles(...) cambios a nivel físico, con cierto deterioro de sus funciones físicas; y cambios emocionales, pues cambios debidos a diversas pérdidas a lo largo de la vida, y más en esa etapa de vida(...) Es una etapa muy importante que se le debe poner atención y sobre todo se deben rescatar los recursos que tienen las personas adultas mayores en esa etapa de la vida(...) [Hay] signos físicos, cambios, no, a nivel de la apariencia física, que se ven exteriormente por las canas, las arrugas, hay cambios en el caminar, hay disminución de fuerza, puede haber disminución de vista, de audición, parece que son cambios físicos evidentes, signos de la vejez(...) Emocionales, bueno de los signos emocionales, lo que puede haber es como una mayor, como entendimiento de la vida, no. Como el propósito de la vida. Que puede haber como una mejor apreciación, un mayor disfrute de la vida" (PT5)

"Bueno en la vejez el individuo se adapta a sus nuevas necesidades hace un nuevo estilo de vida y es importante que se reconozca como un individuo que ha visto disminuido las capacidades, qué no las ha perdido que si los tiene nada más que un poco más disminuidas(...) Pues yo creo que ser viejo es una posición de cada uno qué tiene que ver incluso en cómo influye en su estado emocional, en su estado físico si para un individuo ser viejo significa algo mal o feo pues entonces si es un problema, pero simplemente es eso" (PT6)

"La vejez es una etapa de la vida ¿Qué es ser viejo? es la persona que ha llegado a acumular un determinado número de años de experiencias, de vivencias, tanto positivas como negativas. En un medio ambiente, tanto ambiental, como familiar, pues hasta cierto punto laboral en este momento (...) puede experimentar muchas cosas. Primera, yo creo que su parte como persona, el hecho de ir perdiendo capacidades funcionales por los cambios naturales del envejecimiento que son los menos, pero cuando va agregado de enfermedades, estos cambios se hacen mucho más finos y mucho más conscientes, como más sintomáticos. Desde el punto de vista emocional, debe de estar uno preparado para los cambios, fundamentalmente de la pérdida de la funcionalidad, del rol social que va viviendo la persona(...) entonces creo que los cambios de van dando mucho desde el punto de vista

emocional, entonces hay que estar preparados para lo emocional, y esto no generalmente a esta otra parte de la vejez, que son las pérdidas; la pérdida del empleo, la pérdida del compañero, la pérdida del trabajo(...) es un proceso natural, es un proceso del ciclo de vida" (PT7)

"Es una etapa de la vida(...) una etapa en la cual existen cambios en todo el organismo [puedes llegar a experimentar] pérdidas, por ejemplo, experiencia, enfermedad, en esa etapa de la vida es muy importante que se tenga conciencia de lo que se va a vivir, y prepararse para ello" tu cuerpo [la salud se refleja en] la postura, la piel, las canas, que no precisamente, porque yo soy joven. La mirada, la mirada se vuelve más profunda, el brillo de los ojos se va perdiendo, y la voz, la voz también. Para muchos se vuelve más grave, porque no escuchan bien y hablan más fuerte o más bajo. Y la visión, son muchos cambios que vamos teniendo en el cuerpo, pero los que se marcan más, es la manera de caminar, la postura encorvada o lenta, porque cuesta trabajo pues por las articulaciones. "Ese caminar cansado" dice la canción(...) La piel se vuelve más delgada, se arruga, reseca"(PT8)

"La vejez es una etapa en donde ves culminados tus deseos, tus sueños. Y donde si no los hiciste, todavía tienes la oportunidad de hacerlos(...) Ser viejo, ser viejo es compartir, es terminar lo que no se ha concluido, es... ser viejo es sentirse bien, aunque ya estés viejo(...) [se puede experimentar] Tristeza, abandono, soledad, que es casi lo mismo, y...frustración(...) La vejez, nuevamente lo repito, es una de las etapas en donde de acuerdo a lo que vives, las experiencias que tienes, ahora sí que todos tus ciclos de vida. Puedes sentirte satisfecho por lo que haces y estar en paz. Pero también puedes ser egoísta por todo lo que has vivido y no querer compartir, y querer cerrarte. Si a mí me costó, por qué voy a compartir. Y también puedes sentirte con las ganas de seguir aprendiendo y compartiendo porque la vida te ha enseñado que compartir es una manera de dejar algo de ti en las personas. Entonces la vejez, para mí es la etapa más hermosa de la vida en donde puedes compartir las experiencias que has vivido, en donde no importan los años que tengas, pero tú te quedas en cada palabra y en cada gesto y en cada sonrisa que compartes de esas experiencias(...) Un viejo –quiero ser muy optimista-, un viejo es una persona que mira al horizonte, erguido, un viejo feliz, pero con una mirada como de ganas de querer seguir. O como dice mi padre: "hija, mi cuerpo ya no funciona, pero yo quiero seguir" Entonces así me imagino, como mi padre. Es un hombre alto, erguido, pero con una mirada profunda, cansada(...) los adultos mayores como ejemplo de perseverancia, disciplina, amor y aprendizaje" (PT9)

"La vejez es una etapa de la vida caracterizada por una serie de cambios a nivel biológico, social y psicológico, y también espirituales(...) Ser viejo, ser viejo es estar en la etapa de la vida que empieza a partir de los 65 años(...) Los signos de la vejez, pues más que nada, yo creo que es una etapa determinada socialmente, pues porque, empezamos a envejecer desde que nacemos. Entonces los signos de la vejez, podemos presentarlos a los 50 a los 60, aunque socialmente vejez se determina hasta los 65(...) [los signos] de una persona envejecida, pues es una persona con el pelo encanecido, con algunas arrugas en la piel, con un enlentecimiento generalizado en cuanto a sus capacidades; sin embargo no por ello deja de ser una persona activa" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)es una etapa en la que ya no es uno joven, ni de mediana edad, sino el ocaso de la vida, cuando llega uno al ocaso.... [en esta etapa puedes experimentar el] estar solo, el sentirse ya con menos presiones. Como ver a los hijos que ya crecieron y ya formaron su familia" "Pues empieza a salir canas, empieza uno a hacer las cosas más despacio, a tener enfermedades que antes uno no tenía" "..uno envejece según la mente de uno trabaja..." (AMB1-9 meses)

"Qué es la vejez, inevitable, porque así como Dios nos dio la vida, así nos la tiene que quitar, Él sabe cómo y cuándo(...) es una cosa común, tenemos que pasar por esa etapa. Y para mí, para mí es cuestión de vivir la vida como venga. Todos tenemos problemas, todos tenemos de todo. Debemos de conformarnos porque todo pasa y tiene que pasar, y si nos preocupamos, no lo vamos a resolver; si nos enojamos tampoco. Lo que va a pasar, va a tener que pasar" "Los signos de la vejez todos los vamos teniendo. El cansancio, las arrugas, las canas, pues todo se manifiesta, pues ya no tenemos la misma energía nosotros, ya estamos betabeles" (AMB2-1 mes)

"Para mí la vejez es la etapa más bonita porque ya no tiene uno más obligación que cuidar su vida, su alimentación, y sentirse bien. Para mí esa es la vejez" "[Se nota la vejez] según la cantidad de años que tenemos. La cantidad de años, que ya no nos sentimos como cuando teníamos 25 – 30 años, ya se sienten menos energías, menos fuerza, menos deseos de trabajar. Pues se le nota en su piel, en su caminar, en su hablar. Pues habla más pausado, o cambia de tono, la piel se va arrugando,

dice mi nieto, se va haciendo grande(...) un señor con un bastoncito, caminando lentamente" (AMB3-1 año)

"La vejez para mí es volver, es más bien, para mí la vejez. Yo para mí, empecé a vivir al llegar a CASSAAM, dicen que aquí vivimos lo que es la vejez y es como si hubiera rejuvenecido y empezar otra vida, para mí es eso(...) muchas veces muchos de nuestra edad, que se encierran en su casa(...) nos encerramos en nuestro mundo, es ahí cuando vemos que no sabemos vivir lo que es la vejez(...) a veces cuando no nos sentimos capaces de, por ejemplo, hoy que vas a hacer un esfuerzo y ya no puedes, ahí es donde va uno notando en que la energía ya va bajando, y que ya sus años de uno ya no puede desarrollar lo que debería desarrollar, pues los años no pasan en balde, no. Ahí es donde te puedes dar cuenta, acepta uno que ya no estamos jóvenes para hacerlo y no podemos." (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)cuando ya tenemos limitación para actuar, para vivir, para ser(...) ya no tenemos una piel muy tersa, nos salen arrugas, nos salen canas. Este... no podemos pararnos tan fácilmente como cuando estamos jóvenes, que tenemos que buscar apoyo para hacerlo. En las cosas cotidianas, pues no nos damos cuenta hasta que ya no podemos hacerlo (...) por ejemplo, se me hacen muy altos los camiones para subir, que tengo que agarrarme bien para subir o bajar para no accidentarme. En la casa pues ya no puede uno subir la escalera, ya no puede uno estarse trepando a un banco o una silla para alcanzar." (AMB5-3 meses)

"Es una etapa de la vida que tiene que ir pasando (...) a veces uno va perdiendo el sentido del oído, este, pues eso sería lo más triste, que no tenga uno con quien platicar, pues si uno no la oye, sería triste perder ese *sentido (...)* *Que no pueda yo caminar (...)* se nota que ya, cómo le dijera yo, que no están completos, ya no pueden caminar, o caminan pero con muletas o con silla de ruedas (...) se nota que ya, cómo le dijera yo, que no están completos, ya no pueden caminar, o caminan pero con muletas o con silla de ruedas (AMB-6 meses)

"La vejez es cuando uno empieza a perder las capacidades, bueno, por ejemplo, la visión, este... el oído, no siempre, pero empieza uno a perder no del todo, pero poco a poco. El movimiento del cuerpo, de nuestros pies, de nuestras manos. Y a veces se siente uno, bueno, yo cuando llegué aquí me sentía de todo, deprimida, sola, miedosa, este... con muchos nervios y sin ganas de nada, que ya no tenía sentido para mí ya nada(...) Dejé de hacer muchas cosas en mi casa, por ejemplo, algunos

quehaceres, ya no quería yo estar cocinando, ahora no es así, pero no era flojera, era depresión que no me daban ganas de nada(...) algo me detenía y no, no quiero ir y no puedo(...) va perdiendo uno capacidades físicas, también mentales, bueno, de la mente, porque ya no se acuerda uno de muchas cosas(...) " (AMB7-3 meses)

"La vejez, es el avance natural del cuerpo, es el avance natural de un ser vivo, que logra pasar dos tres etapas de su vida y llega a la de después de los sesenta(...) Un proceso natural de la vida. Sí, para mí ser viejo es una etapa... ¡una etapa bonita!(...) [en esta etapa llegas a experimentar] Gusto, alegría, porque es una etapa bonita, una etapa en la que dices "¡Wow! ¡Ya terminé de todo!, ya puedo usar mi tiempo en mí, ahora soy yo", porque en las demás etapas todos están ocupados, hasta que uno entrega hijos(...) Signos de la vejez, pérdida de funciones activas, como es: ya no es el mismo caminar, ya no es la misma seguridad en ir caminando y voltear porque sientes que si no ves el piso te vas a caer, ya no se tiene rapidez, ya todo se hace más lento, si la persona no hace ejercicio y no ha aprendido a cuidarse" (AMB8-1 año 2 meses)

"(...) la vejez es ya cuando uno va perdiendo, este, pues movilidad, pierde uno la memoria, y se van limitando nuestras, lo que es de nuestro cuerpo. Y muchas veces ya empezamos a depender de la familia, ya nos tienen que ayudar a esto a lo otro, para hacer nuestras cosas, y pues este, por ejemplo yo, van a ser cinco años que me pasó lo de mi columna, y a consecuencia de eso, pues yo este, no puedo caminar bien, y pues poco a poco hago lo que puedo, porque ya no quedé igual y tengo muchas limitaciones ya, para hacer mis cosas(...) Los signos de la vejez son cuando uno ya no tiene ganas de hacer muchas cosas, y ya este, ya le duele a uno acá, ya le duele a uno allá, ya como decae uno" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"(...)es un paso importante porque ya vivimos, tenemos ciertas experiencias, ciertas convivencias con la familia. Pues malos ratos, malos pasos a veces, pero pues gracias a Dios ya los pudimos sobrepasar(...) Cansado(...) Soledad(...) el ya no poder servir como servía uno antes. El no poder caminar como antes, el oído también nos falla, la vista y muchas otras cosas. Se nos vienen las enfermedades" (AMNB1)

"No sé, la vejez será depende de lo que sufra uno(...)" (AMNB2)

"Es un cúmulo de experiencias. Haber pasado varias etapas de la vida(...) da miedo el futuro(...) cuidarse en esa etapa de la vida, tus emociones, es muy importante poner atención a tu salud. No dejarte deprimir fácilmente, porque en esta etapa tiende uno a deprimirse si te sientes sola(...) Las características de la vejez son, pues diferentes emociones, esa es una. Otra es la salud(...) .Te vuelves más sensible." (AMNB3)

"Pues para mí una vida bonita, porque a través de los años va aprendiendo uno para entender el porqué está uno en esta vida, y entender a los seres que nos rodean, como son mis hijas, mis nietos, mis bisnietos y sobretodo la sociedad(...) ser viejo, pues los años que le van llegando a uno en el tiempo y yo estoy muy agradecida por haber llegado a esta edad de 66 años, a pesar de tantos pesares y sufrimiento, todavía estoy aquí(...) muchas veces piensa uno que tener así la edad, por decir de 50 a 60 años, ya está una vieja, pero en realidad para mí no. Una antes decía que un ser humano a los 60 – 65 años ya es viejo. Sí se le notan los años, lo que ha vivido uno, pero (...) Pues en el sentido de seguir siendo, pues, consciente, alegre, apoyar, ayudar a la familia, a seres queridos." (AMNB4)

"(...) las enfermedades normales de la vejez, la diabetes, la hipertensión, el Alzheimer, pues todas esas enfermedades, la piel ya se empieza a arrugar, sus cambios, ya no está sana, ya no es, ya no se ve saludable, ya se empieza a ver deteriorada, arrugada. La falta de visibilidad, el deterioro de las rodillas, nuestros huesos y pues también, la depresión que nos llega a dar por todas esas cosas que no teníamos antes (...) Para mí la vejez es el deterioro del cuerpo, de los órganos, hablando biológicamente (...) Es estar, pues, avanzada de edad, tener una edad pues ya adulta, según como lo quiera uno ver ¿no? Sí es sentirse viejo o estar viejo, estar viejo, pues es tener bastantes años ya de edad, y sentirme viejo es cómo vea la vida yo(...) muchos cambios tanto físicos, como psicológicos(...) Físicos, pues a lo mejor una disminución de las actividades en las que tú puedas hacer, pero pues también tienen sus cosas positivas, porque puedes hacer lo que tal vez no hiciste en tu juventud, no, porque en la juventud a lo mejor te dedicaste a tu familia, a tus hijos y no dejaste tiempo para ti. Y ahora que ya estás grande y que ya no dependen tanto de ti tu familia, pues puedes ocuparte un poquito a darte tus gustos, tus actividades que tal vez no las pudiste hacer en algún tiempo y pues sentirte bien, sentirte que te estás queriendo y dándote algo a ti" (AMNB5)

Imagen de la vejez

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)lo veo haciendo actividad física, firme, fuerte. Un poco delgado, sí, por la pérdida de masa muscular, pero fuerte, derecho, erguido, con ganas de vivir, con ganas de hacer cosas, de saltar, demostrar al mundo que es una persona útil para él mismo" (PT 1)

"(...)chaparrita, morena, su cabello blanco, como tranquila(...) positiva, optimista(...) Digo, igual era muy pequeño para que me diera un consejo como tal(...) A mi abuela le tengo un gran aprecio" (PT 5)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)yo me lo imagino en mi imaginación, una persona ruda, una persona que está envejeciendo, porque ya uno cuando llega a grande cambia uno de ideas, es uno ideoso o quiere uno que las cosas se hagan a su manera de uno, es cuando ya empezamos a cambiar por la misma edad. Ay no, yo la imagino alta, o sea una persona grande alta, de años, ponga unos 60 años, pelo cano, su pelo cano. Camina, bueno todavía tenemos muchos que caminamos bien, o ya ahorita a los 70 años como que nos falla el ritmo al caminar, como por ejemplo, cómo se dice, que cuando uno camina, caminando uno pierde la forma o el equilibrio al dar los pasos, o sea la deformación al caminar" (AMB4-1 año 5 meses)

"depende a quién vea uno, porque hay personas viejitos que yo veo, que se ven muy contentos, a la edad que tienen se arreglan, señoras que andan bien pintaditas, bien arregladas; y veo a otros viejitos y los veo muy desarreglados, tristes(...)" (AMB7-3)

"(...)si me hubieses dicho esa pregunta hace año y medio [antes de llegar al CASSAAM] te diría que [al adulto mayor lo veo] descuidado, sucio, sin rasurar, malos olores. Si me lo dices ahorita, yo todas las personas que he tenido oportunidad les he comunicado parte de y ahorita yo me lo imagino con su cabello blaaanco blanco pero plateado, limpio, su ropa limpia, rasurado inclusive oliendo hasta a loción y si entras a su habitación ya es muy diferente de la de un adulto mayor viviendo solo, porque hombre o mujer viviendo solo como que pierde el gusto de oler la limpieza, ya le es igual levantarse y calentarse el pocillo de café, calentarse un pan y volverse a acostar otro rato y te digo, me da gusto, lo que he aprendido aquí(...)" (AMB8-1 año 2 meses)

"Pues mi imagen de una persona envejecida es que ande una limpia, que se bañe uno, que se valga por uno mismo. Que no dependa uno de la familia" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Pues a veces cuando uno ya está grande, ya es uno muy terco, muy apático más que todo" (AMNB1)

"(...) Ese viejo, pues yo creo que según lo haiga vivido(...) yo digo, si bien, está bien" (AMNB2)

"Érase una vez un viejo...pues lo vería con su bastoncito, tratando de salir adelante, o con su andadera y caminando lentamente...pensando mucho en el pasado ¿no; pensando mucho en sus, en que todo el tiempo pasado fue mejor, pero pues yo creo eso es lo que pensamos (...)" (AMNB5)

Imagen- recuerdos de viejos

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)recuerdo con mucho cariño es a mi abuelo, el papá de mi mamá. Una persona fuerte(...) una persona que iba a todos lados, que nos consentía, que trabajaba duro a pesar de su edad. Me cargaba, me llevaba a la escuela(...) nos hacía juguetes de madera, nos hacía unas quesadillas muy ricas, que a la fecha no se me olvida el sabor, era muy rico. Siempre estaba ahí para cuidarnos. Digo, igual era muy pequeño para que me diera un consejo como tal(...) A mi abuela le tengo un gran aprecio" (PT 1)

"(...)una de ellas que hablaba, me enseñaba sus fotos, y era una mujer, muy, muy hermosa y muy voluptuosa, tenía unos senos hermosos y me enseñó una fotografía donde se le veían sus senos, sus pompis, todo muy bien, no; pero cuando la vi desnuda, dije "¡oh, por Dios!, su seno le llegaba hasta por debajo del ombligo, se lo levantaba y se lavaba sus pechos, eso fue como demasiado impactante para mí, porque yo decía ¡noooo!, físicamente para mí fue muy, muy fuerte, no(...) inconscientemente si me traumé un poco(...) la veía como muy sumergida en sus recuerdos de aquella juventud donde era voluptuosa" (PT4)

"Una tía abuela, mi tía Elisa en particular, mi abuela Josefina, la madre de mi padre, que impactaron positivamente en mí. Aunque yo las veía como grandes mujeres en ese tiempo. Yo tendría 8 – 10 años(...) creo que me enseñaron mucho esta parte de, a pesar de la época, por un lado, aunque eran muy anacrónicas, mi tía que era una viejita *pinky*, bien vestida, bien arreglada, bien vestida, educada para su tiempo, propietaria de casas, viajante del mundo, etc., a mi abuela que vivía en Xochimilco, que vendía ropa, de estas ropas donde te sellaban unos tickets, te ponían unos sellitos con unos aparatitos, no me acuerdo ahorita del nombre. Repartía ropa en todo Xochimilco y se subía a las trajineras con una facilidad y cobraba desde el centro hasta la trajinera más lejana. ¿Mi abuela?, mi abuela, cuando yo tenía esos 10 años, mi abuela debe haber tenido unos 65 años. Mi tía creo unos 60, a lo mejor un poquito más joven. Cuando murió mi abuela tenía 82 y mi tía murió de 80 aproximadamente. Pero las tres eran de esas como que mujeres de empuje, mujeres independientes(...) eso era mi referencia de los viejos. Mi abuelo, músico también, tocaba en la banda de la plaza de toros, era especialista en alientos, en trompeta, trombón, corneta(...) Entonces ellos como que fueron mi marco de referencia(...) yo los veía grandes, imponentes, valiosos, trabajadoras, luchonas, limpias; hasta lavaban, planchaban, hacían la comida, íbamos al mercado...igual mi tía era más fresca. Yo las catalogo como las ancianas pinkis(...) Mi tía murió de enfermedad vascular cerebral y mi abuela murió de un infarto, un infarto al miocardio masivo(...) Mi abuelo también, murió de un infarto masivo, murió de un minuto para el otro. No, ya no los vi deteriorarse. Ya se veían más grandes, más lentos. Mi abuelo todavía el 23 de diciembre tocó en la plaza de toros. Y mi tía murió de un EVC(...) No, no reconozco esa parte, más que la parte esa positiva, realmente ya no la vi. Eran como mis modelos de referencia de gente anciana(...)" (PT7)

"(...)mi abuela materna, era una persona muy sana, no tenía enfermedades crónicas, no tenía ninguna enfermedad(...) Mi abuelo murió de 92 años. Murió de viejo, no tenía ningún problema(...) procrearon una familia muy grande. Muchos principios, con muchos valores(...)" (PT8)

"Un viejo que recuerdo mucho. Pero bueno, mi padre es una persona que adoro, tiene 78 años, entonces siempre ha sido un gran ejemplo, para él no hay: "no se puede", es hazlo y adelante. Y bueno, es una persona que siempre ha perseverado, tiene estudios de primaria, sin embargo ha sido muy tenaz y siempre ha estado dentro de lo que es disciplina(...)"(PT9)

"(...)mi abuela y mi abuelo, que fue hasta hace 3 o 5 años, personas que más allá de sus enfermedades o de su situación de vida, cuando existen las ganas de vivir, son personas que luchan, son personas que se entregan" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...) mi papá falleció hace un año. Entonces era una persona tranquila, muy pasiva, siempre nos decía que no nos desesperáramos, pues a él ya le faltaban fuerzas, pero que alguna vez había sido igual que nosotros. Y mi mamá, ella falleció antes, pero también era una persona muy cariñosa, muy trabajadora; siempre estaba al pendiente de todos nosotros" (AMB3-1 año)

"Mi esposo, falleció de cáncer(...) él siempre fue una persona muy machista (...) muy rígido, muy estricto, o sea, que nada más sus órdenes hay que obedecer o hacer lo que el nada más decía(...) me pasó el último año que él vivió en los hospitales(...) Iba a cumplir los 80 años, me llevaba 20(...) lo bañaba, le daba de comer, pues ya realmente estaba con oxígeno, por sus pulmones, por el cáncer en el pulmón(...) se rompió el fémur que va con la cadera, y eso es lo que lo llevó a su muerte(...) él quería vivir, se aferraba a la vida" (AMB4-1 año 5 meses)

"Mi mamá ya siendo muy ancianita se acabó de deprimir, entonces la que tenía que cuidarla así de bañarla, peinarla, cambiarla, pues era yo(...) ver una realidad que mi mamá era muy ancianita ya no podía caminar" (AMB5-3 meses)

"(...)mi papá, porque mi papá era alcohólico. Mi papá era alcohólico y no quería comer(...) Él ya estaba grande(...) Ese fue mi papá, un desconocido(...) mi papá no me platicaba(...) sentía tristeza, luego salía que decía él que se iba a trabajar y ya no llegaba en su juicio(...) murió como a los 80 años(...)" (AMB6- 6 meses)

"Mi mamá pues muy trabajadora, andaba muy contenta siempre(...) Ella fue muy caritativa, muy trabajadora, nos enseñó valores, que había que ayudar a la gente, estar siempre con Dios, orar con Dios, o sea, muy bien" (AMB7-3)

"(...)Al abrir la puerta fue algo horrible, la señora tenía su cabello como a media espalda pero... haz de cuenta que le habían puesto chicles, como la de los perritos ¿Cómo se llaman? Rastas, rastas se llaman creo ¿no? Y fue algo desagradable ¡y el olor! El olor impactante o sea(...) O sea no por tener unos años encima ya me voy a

bañar cada tercer día o una vez a la semana, ¡No! No, bueno y esa señora desafortunadamente... la vida no me dio tiempo de ayudarla porque falleció(...) fue tanto mi impacto así como tú lo dijiste, que regresé a casa y me bañé otra vez(...) No no no, paupérrima hasta de los juanetes, o sea, pobre, descuidada, abandonada. Sería, sería...sí. Y a lo mejor un poco groserita dentro de lo que estaba sintiendo en ese momento porque ya terminé de inyectarla y preguntó "¿Cuánto te pago?! –No es nada señora, de todo corazón que se mejore usted –¡Ha de tener mucho dinero!" Dije ¡bueno! ¡Me motivó! A mientras me mueva, y hacer lo posible por no dejar de moverme, nunca llegar a ese grado, no hay pretexto de no me baño porque no hay agua, porque tú te puedes bañar con media cubeta de agua, con media cubetita de agua te puedes bañar" (AMB8-1 año, 2 meses)

"(...) mi mamá luego a veces no se bañaba, porque como ya no podía caminar bien de sus pies, este, luego no se bañaba y andaba sucia, ya hasta que llegamos a verla, ya era que llegábamos y le ayudábamos a que se bañara, a darle su comida, para que ya no se acercara a la estufa mucho, porque luego ya no veía bien. Dejaba la estufa luego prendida. Ya cuando pasaba eso, hablábamos entre todos los hermanos, pues que ya no la teníamos que dejar sola mucho tiempo porque era peligroso para ella. Y tenía su andadera, pero no la quería usar, siempre jalaba una silla de esas de plástico, con esa caminaba; y con esa se cayó, y fue como se lastimó la cadera y la operaron, pero vivió unos días y falleció" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"(...) mi papá. Muy enérgico, él ya era grande y antes no teníamos tanta comodidad (...) aprendí a trabajar por él, porque a mí no me, como le digo, antes no teníamos tanta comodidad y por él yo sé hacer un tercio de leña, tomo un hacha, sé partir leña, sí, hasta aparejar un animal. Yo tenía 11 años, era ya grande, pues se le junto mucho las enfermedades graves, y su actitud, pues él fue siempre muy trabajador, muy, no me faltaba nada. Pues antes era muy raro que uno asistiera a un médico, simplemente decía uno, pues me duele, hasta eso, la panza, no había tanta ciencia como ahora. Murió como de 78 años(...) nunca supimos de qué, porque él nada más como que fue perdiendo un poco su actividad, ya no pudo hacer nada" (AMNB1)

"(...)Mi mamá yo creo vivió hasta los... yo creo los 70 parece, porque vivió joven. Bien buena gente, muy alegre, muy contenta, no era grosera. Bien, no era drogada, ni nada(...) fue buena mamá porque nos dio buena educación, nos crio bien" (AMNB2)

"(...)yo tengo la imagen de mi abuela paterna como una mujer muy fuerte que vivió hasta los 87 años. Se paseaba por... siempre estaba perfectamente arreglada. No se decaía, era un soporte para toda la familia. Recurrir a ella, pues era la mejor psicóloga que teníamos, siempre nos recibía con una sonrisa y nos ofrecía algo de tomar, y nos partía un pedazo de queso y galletas para platicar. Son los recuerdos que tengo de mi abuelita(...) Yo tenía 24 años" (AMNB3)

"Me acuerdo mucho de mi abuelita, no, de mi abuelita que me enseñó a guisar, me enseñó a hacer aseo, que le daba cuerda a su reloj, y que me regalaba que la blusita, el suetercito (...) yo tenía como 12 años, 13 años, y muchas cosas de ella las recuerdo y me marcaron en mi vida (...) era una mujer dura, pero dentro de esa dureza demostraba su cariño, no agrediendo, sino secamente, pero si demostraba su cariño. Pero era una mujer muy seca, dura y no sin muchas palabras, muy callada, muy callada, y pues así (...) Yo tendría como 18 años cuando ella... tendría como 60 70 años, no recuerdo muy bien (...) era trabajar, el luchar. Lo único que tengo mucho en la mente, es que un día me platicó mi mamá, que cuando escuchó la canción esa, de cuando "aparezcan los hilos de plata en tu juventud", se puso a llore y llore, porque a ella le empezaban a salir las primeras canas, y yo creo que sentía que era, como ya se le, como que ya entraba en la vejez, que ya su juventud se estaba quedando atrás. Una pérdida muy grande para ella, fue eso (...) conviví con ella, conviví más con ella que con mi mamá, porque mi mamá trabajaba, yo viví más tiempo con ella, y te digo, la religión, sus costumbres, su manera de guisar, su manera de hacer el aseo, y eso de ese reloj que tanto me marcó, siempre pedí comprar un reloj de esos para darle la cuerda, que veía como ella le daba" (AMNB5)

Imagen – influencias de películas o canciones

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"... la de Heidi, que decía: "abuelito dime tú..." "... se parecía a mi abuelo, era un abuelo que cuidaba a su nieta, la cuidaba y la llevaba a muchos lados..." (PT 1)

"una canción o una película relacionada con los viejos(...) la de *Amour*(...) pues es una situación de pareja de adultos mayores en la que no sabemos si el desenlace fue de un gran amor o en cierta forma de lástima ¿no? o de desesperación de ver lo que le pasaba, claro(...) otra película que recuerdo mucho, la de Elsa y Fred, Elsa y Fred se me hace chistosa(...) nunca es tarde para darse la oportunidad de volver a amar, sin embargo, pues también termina triste(...) Otra de las que me llamó mucho

la atención, fue la del Estudiante, que también es un tanto triste, pero deja mucho que ver(...) Otra película la de "Arrugas" (T.S: ¿Arrugas?) Pues igual, también es de adultos mayores, pero es en caricatura, y habla de que ya no le hace caso al abuelito, y que ya hay otra generación dentro de la familia, y él como que se va alejando, pero va encontrando amigos"

"Canciones de viejos, el *rock and roll*, el mambo, que ellos piden mucho(...)" "Hilos de plata(...) un poquito triste también" (PT2)

"(...)la canción que tengo es porque mi abuelita me la cantaba y es la de Muñequita linda(...) al final dice que nos queremos mucho, más allá de la muerte" (PT3)

"[La película de] El gran pez. Es un hombre que contaba la historia de cómo fue criado su hijo, y cómo es que hizo fortuna, y que al final de cuentas todo. Su hijo cuando él se encontraba ya a punto de su muerte, decía: "es que todo era una mentira", pero era porque este señor creía en su propia historia, que creía tener su propia historia(...) Esa película me agradó mucho, porque a fin de cuentas tú decides cómo quieres ver tu vida, o sea, dicen que la esperanza es lo único que tienes cuando casi lo has perdido todo, no; y uno decide cómo ver las cosas(...) escucho en la radio que dicen que uno decide cómo tomar las cosas, y esa película, que tiene bastantes años que la vi, pues es eso, el señor inventó una gran historia de cómo es que nació su hijo, de cómo fue su boda, de cómo es que hizo fortuna, y hasta cómo es que murió, porque al final él dice que cuando él muere, se convierte en un gran pez. Entonces hasta el decide cómo morir, entonces yo creo que nosotros también podemos decidir, y eso no significa que sea demencia, sino significa cómo es que quieres ver tu vida" (PT4)

"(...)una canción de Pedro Infante que se llama Mi cariñito(...) [las películas relacionadas con viejos] Elsa y Fred y Cocoon(...) había una diferencia entre personas ya adultas mayores que vivían ya una cuestión con depresión, inactivas, con mal humor. Y otras personas mayores que vivían con buen humor, positivas, propositivas, activas; entonces se ve ahí como la diferencia, de esos dos grupos de adultos mayores" (PT5)

"Una película pues la de Elsa y Fred(...) es una película el tanto de las barreras todo los prejuicios que tenemos de qué si está grande o viejo ya no se puede enamorar ya no le puede gustar algo que es la mejor se considera más común en personas

adultas jóvenes, pero ellos rompen todos esos esquemas finalmente tienen la motivación de vivir así sea el último momento de su vida" (PT6)

"(...)no me recuerdo mucho el título, es de una película alemana, es de una mujer que trabajaba, este, haciendo masturbaciones y le pagaban bien. Ya era grande, se llamaba "Una dama sin pudor", se llama la película, te la recomiendo. "Una dama sin pudor", esa película cuando la vi me gustó por esta parte de valentía, aparte de todo el prejuicio psicosocial de que se ofrecen las mujeres; y la otra, última, creo que ganó hace dos o tres años un "Oscar", que la representó uno de los artistas clásicos viejos de hace mucho, viejos ahora, jóvenes guapos de muchos años, donde él es gay, tiene 80 años y muere su esposa y él sale del clóset. Y su hijo lo apoya en todo, y al año le da cáncer, no. De esa no me acuerdo bien, "Beigings en inglés, creo, "Un mundo feliz", no me acuerdo, ahí las tengo. Esas me llamaron mucho mi atención para este momento, no. Pero he visto muchas, he visto muchas, "Elsa y Fred", las clásicas, "Amour", hay muchísimas, hay muchísimas(...) Hay algunas japonesas como esta de la anciana que es su, que se muere y que se va al cerro, el hijo la lleva, este, es que no me recuerdo mucho de los nombres ahorita, este, la otra japonesa también, donde la abuela cuida al niño, y el niño que vive en la ciudad, en Tokio y lo llevan donde ella vivía, la provincia y el niño quiere pollo Kentucky y la abuela va y mata un pollo, o sea, hay muchas películas. Lo que quieras(...) muchísimas canciones de ese tiempo, desde las de Los Panchos famosos ¿no? hasta las mismas muy, muy viejas. Me acuerdo de esa canción de que "cuando yo era niña, mi abuelita me llevaba y le decía que cantara", ya vamos llegando a Pénjamo, decía que ya veías las lucecitas" (PT7)

"[una canción] Viejo, mi querido viejo [Me provoca] cierta melancolía, porque habla de la vejez" (PT8)

"[película] hay una que se llama Cocoon, yo les decía a mis alumnos, aquí es el Cocoon, y se las dejaba ver, y decían: "ay sí", y llegaban... Llegan así todos a un lugar extrañados y con recelo, entonces se van renovados, maravillados con esa pila cargada. Bueno, pues esa película me gusta mucho, el Cocoon. ¿De canciones?, pues, ay, es que de canciones, esa si no. No, si acaso la que es muy común, la de Mi viejo"(PT9)

"[una película es] Lecciones de vida y ahí hubo una traducción y se llamaba Martes con mi profesor. Él es un paciente geriátrico que tiene esclerosis lateral amiotrófica, y

bueno, él se dedica a hacer una recopilación de todas sus vivencias, pero dando estas lecciones de vida, que a pesar del dolor, de la inmovilidad, a pesar de ver cómo su vida se va terminando, pues él tiene algo que demostrarle a la gente y compartirlo, no. Entonces es una película que me gusta mucho" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"De la película Elsa y Fred la actividad de la señora a pesar de lo enferma que estaba, como era de viva y ocurrente, y el señor, pues tranquilo, cómo la seguía, eso me llamó la atención(...) era una persona muy activa, muy alegre, no le daba mucha importancia a su problema de enfermedad, actuaba como si estuviera totalmente sana" "(...)canción, pues Mi querido viejo, Ay pues es una canción que me parece muy tierna, cuando dice: "mi viejo, mi querido viejo", "ahora ya caminas lento como..." ay ya no me acuerdo. Tierna, cariñosa, hacia una persona que uno ama" (AMB3-1 año)

"(...)hay una película, no sé, no me acuerdo como se llama, pero es de un señor que le dio la enfermedad de Alzheimer, él era muy movido, muy, andaba en bicicleta y todo eso. Aparte que le dio eso, le dio cáncer y al último su hijo y su hija lo cuidaron mucho, estaban al tanto de él, y de repente volvía al tiempo de atrás, y quería hacer como un cuento, salía con camisa muy juveniles, se quería andar en bicicleta y le decía su hijo, "papá eso es hace dos años que pasó", y lo cuidaron hasta que el señor falleció. A mí me gustó mucho esa película porque mi abuelo era muy movido, muy trabajador, muy alegre. La esposa siempre estaba de malas" (AMB7-3 meses)

"(...)canción: Viejo. "Viejo mi queriido vieeeje" si, esa. Y películas, sí, hay una emm.. es virtual y se llama Arrugas... Ay no, ¡esa película esta...! Es de dibujos animados... [la canción me provoca] sentimientos encontrados porque mi papá(...) dejó a mi mamá pero como mi mamá me pegaba mucho, aunque yo veía que mi papá no era bueno, lo quise más, porque a mí nunca me pegó y siempre me compraba lo que yo le pedía(...) fijate que esa película la vi exactamente para que me terminara de despertar chasquea los dedos mi movilidad. "Mueevete Margarita" porque es un viejito, que le puse viejito porque está muy bien dibujado, es un viejito muy mono, muy limpiecito, muy arreglado, estetizado, que namás tuvo un hijo, su esposa falleció, el hijo se casa, ya tiene una mujer y te vas adentrando y dices "Híjole, que lástima que no hicieron esta película con una mujer!" sino ahí estaría yo, de que el hijo se ve como que obligado a cuidar a su papá porque pues ¡su papá no tiene a nadie! Pero llega un momento en que por ignorancia no se dan cuenta de los síntomas de la enfermedad que ya se le está desarrollando y lo llevan a una casa de

reposo y ahí se le desarrolla la enfermedad y al menos hasta que termina la película ya termina totalmente con la enfermedad y con un muy buen amigo en la casa de reposo, pero ¿Qué te despierta ver ese tipo de películas? Que un adulto mayor no debe estar solo en su casa, no debe de estar solo, aunque lo veas sano o fuerte, lleno de vitalidad, no debe de estar solo ¿Por qué? Porque una... Haz de cuenta que se sube la presión ¿Y si se cae? Ya no fue nada más de que se le subió la presión, ya se trae consigo: la fractura del tobillo o un golpe en la cabeza o una dislocación de hombro ¿y solo? ¿Qué va a pasar con ese ser humano por ser adulto mayor y no prestarle atención? (AMB8 1 año 2 meses)

"Sí, una película [Elsa y Fred] que fue de una persona que ya tenía edad y se enamora de otra persona(...) Pues si me impactó porque una mujer ya grande y que luego se metió en una fuente, porque digo que a su edad que ya tenían, se pudieron enamorar, y luego crítica, a su edad y todavía enamorándose, pero no hay edad verdad, para enamorarse. Pues es esa la que me impactó(...) Una canción, la de Vicente Fernández, la de "Mi viejo", es la que siempre me gustaba para que se la cantaran a mi papá. La de es un buen tipo mi viejo, [me gusta] por lo que dice que es un buen tipo mi viejo, y que ya a sus años y cansado, por eso me gusta mucho esa canción. (AMB9-4 meses).

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Yo tengo muy presente una película [Mis tardes con Margarita](...) Se trataba de, este, este *Gerard Depardieu* que está platicando con una anciana que se sentía muy sola, que con él encontró respuesta a su soledad porque la aprendió a escuchar, la vejez ya no les interesa. Exacto. Qué bien te acordaste del nombre, yo no me acordaba. Pues me encantó, me encantó el tema, que escucha al adulto mayor. Y los jóvenes viven muy de prisa y no quieren escuchar a los viejos. Estoy diciendo en general" (AMNB3)

"[Canción] "Gracias a la vida", gracias a la vida que me ha dado todo, de Violeta Parra(...) el saber que en esta vida he recibido mucho a través de los años(...)" (AMNB5)

Imagen – Viejo sano

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"no es dependiente de un bastón y que camina por sí sola, pues eso quiere decir que su estado emocional es mejor, porque sigue siendo independiente a la vida, sin necesidad de tener una persona que le ayude o que la guíe para poder seguir haciendo sus actividades" (PT 1)

"(...) tiene esto, tiene lo otro, y sin embargo le echan muchas ganas" (PT2)

"(...)señora de 105 años (...) el rostro y la sonrisa, que llegaba encorvadita, casi no veía, de la mano de su nieta y con su bastón y gritando a boca de jarro al llegar a la casa donde se reunían: "ya llegué muchachas, ¿qué vamos a hacer? Ya llegó el alma de la fiesta" Era muy alegre(...)" (PT3)

"Yo creo que la apariencia nos engaña, es algo totalmente efímero porque a veces puedes ver físicamente a alguien que camine derecho, que lo veas bien y todo, pero si le dices qué significa para él su vida, o cómo se siente hoy, de repente se suelta en llanto" (PT4)

"(...)lo veo como una persona donde veo los signos de la vejez en su cuerpo, pero, lo veo con aceptación, con aceptación de esa etapa de la vida. Lo veo tranquilo, lo veo contento" "(...)su imagen externa está limpia, está pulcra, está arreglada(...)" internamente su estado de ánimo es positivo(...) entonces se refleja su salud como en su estado de ánimo positivo y optimista. (PT5)

"Se le nota en la manera de cómo al hablarle dirige la mirada hacia la persona que le habla camina por ejemplo si tienen una dificultad en la columna camino en un poquito encorvado pero eso no significa nada mentalmente así está bien que sea una persona que puede ser que se erguida puede ser que use bastón pero eso no significa derrotado o que ya se acabó la vida sino que la vida sigue" (PT6)

"juvenil, actual. Cuando tú la ves y sana, digo, física y mentalmente se ven llenos de vida y mira, a pesar de que tenemos aquí personas que viven de los dos mil pesos de pensión, la verdad los ves llegar llenos de vida, radiales, gustosos, alegres, contentos, satisfechos con su vida. Empiezas un poquito a rascarle para ver que la situación no es así. Pero yo creo que la base fundamental, entre comillas, hablando entre comillas de salud, es que llegan plenos, no" (PT7)

"Pues una que ha conservado toda su capacidad, funciones, su apariencia, su interés por la vida" (PT8)

"Pues en el color de su piel, además de delgada y demás, se nota, por color mucho cuenta en la piel. No, pero bueno, hay adultos mayores, que se quedan así, sin color(...) Cuando alguien está bien, la cara, los hombros, que aunque esté un poco encorvado, pues la columna ya no nos ayuda, de todas maneras sonrío, está alerta, a pesar de la edad o lo que sea, que no escucha bien. Bueno por ahí oírás a alguien que dice: ¡Letty!, ese es un adulto mayor sano. Que le duele, sí le duele por la edad, pero está sano porque camina, come, toma el medicamento, pero no es obligado si se le olvida en la noche (PT9)

"¿Cómo se ve [un viejo sano]? Pues yo creo que más allá de que se vea, es también cómo hable, cómo actúe, cómo se relacione, porque a veces las apariencias engañan y nos pueden manifestar o dar cuenta de que no hay ninguna enfermedad física o alguna enfermedad que lo limite, para decir a lo mejor que está sano. Pero mentalmente, emocionalmente o socialmente tienen muchas cuestiones que a lo mejor no podría valorar" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Es una persona tranquila, que camina sin muchas dificultades, que hace ejercicios." (AMB1-9 meses)

"[Una persona sana] Yo la veo que está contenta" (AMB2-1 mes)

"(...)si está sano se le nota alegre, tranquilo" (AMB3-1 año)

"(...)simplemente en el semblante, si es pálido, se le ve decaído, una persona se ve pálida, decaída si está enferma" (AMB4-1 año 5 meses)

"Hay ciertas personas sanas, ágiles para la edad que tienen o tenemos, inclusive yo he visto personas más grandes y más ágiles que yo" (AMB5-3 meses)

"Yo me doy cuenta en su manera de ser, en su manera de comportarse, de que está contenta, de que si le gusta arreglarse, así, en eso me doy cuenta" (AMB7-3 meses)

"(...)simplemente con que pueda caminar, que no necesite el bastón, que no ande en silla de ruedas, pues con eso se entiende que anda uno bien" (AMB6-6 meses)

"Yo me doy cuenta en su manera de ser, en su manera de comportarse, de que está contenta, de que si le gusta arreglarse, así, en eso me doy cuenta(...)" (AMB7-3 meses)

"(...)Cuando tienen energía, que se ve que tienen energía, que tienen ganas de hacer esto, hacer lo otro. Se les ve más alegres, con más ganas de hacer las cosas, y de salir, y no nada más de quedarse ahí en la casa. Les dan ganas de salir, de hacer cosas. Es cuando uno se da cuenta de que tienen ganas todavía de hacer sus cosas" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"[un persona vieja con salud está] entera, pues que todavía hay actividad, todavía, como le digo, se vale por uno mismo y todavía hacemos un poco de quehacer, tratamos de ser servibles todavía" (AMNB1)

"(...)se ve acabada, aburrida, se fastidia de todo. Pues yo creo que según la haiga vivido bien, pues bien. Como yo, cuando me atropellaron, los doctores me fueron a ver dos, ya me dijeron "¿cómo se llama?" Rebeca Chávez Cerón, nací en Pachuca, Hidalgo. Dice: ¿cuántos años tiene? 90 le dije. ¡90!, le digo sí, y se quedaron admirados, dice ¡y cómo, por qué llegó a los 90? Porque yo nunca tomé droga, nunca fui borracha, suficiente me cuidé mucho, le digo, yo creo por eso" (AMNB2)

"([Una persona vieja sana] le gusta arreglarse, le gusta hacer ejercicio sencillo, ir a caminar, le gusta seguir instruyéndose, leyendo" (AMNB3)

"(La salud se refleja] en su carácter, en su manera de ser, su alegría, no, su alegría, sobretodo su amabilidad, pues son muchas cosas que la identifican. Inclusive yo no me siento de esa clase social, identificarme, pero conozco mucha gente que te dice: "te ves muy bien", y nadie sabe los malestares que tienes. Pero les agradezco que me vean de esa manera" (AMNB4)

"Una persona vieja sana, pues alegre, es con ganas de vivir, es con ganas de encontrarle un sentido a la vida y buscarle la forma mejor de llevar los días" (AMNB5)

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)las he distinguido(...) cuando una persona tiene afectada su marcha, eso lleva consigo otras enfermedades, osteoporosis, desviaciones de columna, problemas cardiacos(...) una silla de ruedas(...) dependientes a un bastón, una andadera..." (PT1)

"(...)otros que desgraciadamente se deprimen o por la misma depresión como enfermedad, o porque traen otras cosas o porque traen también una enfermedad ya terminal". (PT2)

"Hay que investigar y poner atención a esos dos polos, desde no hacer nada hasta hacer mucho, desde no hablar y meterse en su propio mundo, hasta hablar demasiado y no dejar que los demás intervengan. En todo eso hay un problema, o hay una alteración de cosas muy de fondo y que no podríamos juzgar, pero se da uno cuenta que están mal". (PT3)

"Una vieja enferma, una persona vieja enferma, pues prejuiciosamente puedes decir, ay, está en cama, no, pero también es muy relativo. Tuve la experiencia de una persona de 55 años, la atropellaron enfrente de su casa, le rompieron las dos piernas, un brazo, le abrió el cráneo, y en seis meses ya estaba caminando. Y cuando lo iba a ver, sonreía, platicaba y todo" (PT4)

"(...)cuando llegan adultos mayores aquí, cuando llegan muy deprimidos(...) se ven como en bastante desarreglo, o como se dejan, se van dejando; apariencia la dejan, como que la van olvidando. Entonces vienen aquí, y lo que he visto, en tres o seis meses, ellos mismos mejoran ya su misma apariencia, su arreglo personal, lo mejoran en muchos sentidos, desde el baño, desde el vestido; y luego desde el arreglo, desde el perfume, todo se va notando en ellos ese cambio, si lo he visto" (PT5)

"Un viejo enfermo puede ser personas muy limitadas físicamente ya no pueden pararse en su cama que lo mejor no los vemos aquí, aquí afortunadamente atendemos adultos mayores muy autónomos pero ahorita me vienen a la mente alguna persona adulta mayor no sana que es regularmente la que está en cama los que está en el hospital los que no vemos aquí los que yo no tengo oportunidad de ver porque no estoy en un área clínica" (PT6)

"Una persona enferma decaída, pero a veces yo más bien pienso que lo que más acaba a una persona envejeciente es el estado psico-emocional. A veces tú los ves de polifarmacia con diez, doce medicamentos, pero los ves muy integrados emocionalmente y se ven muy bien. A veces no tienen ni una sola patología, tiene envejecimiento exitoso, pero los ves decaídos, con tristeza o depresión y se ven muy acabados" (PT7)

"(...)se queja de todo, todo le duele, que todo el tiempo está enfermo, que no tiene ganas de salir, de socializar, de vivir" (PT8)

"La piel se ve distinta cuando la persona está deprimida, esconde la cara, no sonrío, entonces no te mira de frente(...) Agacha la cabeza, se encorva más, no mira de frente, todo lo contrario. Se nota, se nota en la piel, se nota en los ojos, se nota en el... que queda se nota. Esconde las manos, arrastra los pies" (PT9)

"Pues lo contrario a lo que dije de sano. Más allá de que se vea, es también cómo hable, cómo actúe, cómo se relacione, porque a veces las apariencias engañan y nos pueden manifestar o dar cuenta de que no hay ninguna enfermedad física o alguna enfermedad que lo limite, para decir a lo mejor que está sano. Pero mentalmente, emocionalmente o socialmente tienen muchas cuestiones (...)" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Camina uno mal. No hace uno ejercicio, y nos cuesta más trabajo hacer las cosas" (AMB1-9 meses)

"Ella estaba acostumbrada a subir y bajar, iba al molino, iba al mandado y todo, y ya tenía ochenta y tantos años, más o menos como yo, o no, un poco más grande, porque ella murió a los 96, pero tuvo 4 – 5 años de que ya no se pudo parar, era la cadera, esa es una cosa que yo me recuerdo porque tenías que estar ahí para darle de comer, tenías que pagarle a una señora para que la cuidara. Sí estábamos al pendiente" "Tiene un carácter muy distinto la que está enferma, ya se le nota la palidez, la delgadez, donde sea que estén enfermas, se les nota. Su carácter ya se ve distinto Enojona, nada le parece, hasta con la familia también, si empiezan ahí, por eso ni lo aguantan" (AMB2-1 mes)

"(...)el que está enfermo, pues se le nota decaído, este... molesto, según de los síntomas que él sienta" (AMB3- 1 año)

"(...)yo ahorita no digamos que yo estoy sana al 100%, pero habemos enfermos que sabemos vivir nuestra enfermedad, controlar nuestra enfermedad y vivirla. Yo por ejemplo, tengo azúcar, presión alta, me andan fallando mis rodillas, que sé que ya tengo que usar mi bastón que ahí lo tengo, pero luego a veces no quiere uno aferrarse al bastón, pero hay que hacerlo, pero yo pienso que a veces, yo creo a muchos nos pasa, tenemos alguna falla, alguna caída y a lo mejor se sienten igual como yo me sentí, decir, yo ya no voy porque no puedo, pero yo dije, no, yo voy a hacer la prueba, ¿cómo ves?, a los primeros días usé mi bastón, ya después que agarré fuerza (T.S. y confianza, ¿no?) Confianza ante todo, en uno mismo, y aquí estoy" (AMB4-1 año 5 meses)

"triste, quizás muchas veces refleja el dolor o las molestias que tenga al movernos, al caminar" (AMB5-3 meses)

"Enfermo. Se le ve su carita triste, no se le ve a gusto, no se le ve muy arreglado que digamos(...)" (AMB7-3 meses)

"(...)Pues ya se ve cansada, sin ganas de hacer nada, nada más ahí sentada, estar acostada, y cuando piden que se les lleve esto, que se les lleve lo otro. Ahí es donde se da uno cuenta de que ya no tienen ganas de hacer sus cosas" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"[Una persona adulta mayor enferma se ve] muy mal porque ocasiona uno un desgaste familiar, físico, económico y moralmente, todo se acaba" (AMNB1)

"Tristeza, yo creo se ha de ver triste, ¿no? Casi no habla, está como mediodía porque casi no habla. Pues se ve acabada, se ve triste, se ve como aburrida, ¿no?" (AMNB2)

"[De una persona vieja enferma] de tristeza" (AMNB3)

"[La enfermedad se refleja en que] todo les molesta o se hacen muy sentimentales también; no quieren aceptar que en realidad están viejas o viejos, y sus enfermedades que ya imposibilitados para que otra persona les ayude, se molestan" (AMNB4)

"Pues triste, deprimida, enojada. Pues enojada con la vida" (AMNB5)

Dimensión: actitud

Actitud

Trato hacia los viejos

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"[El trato está] siempre bien, como es un pueblito" (PT 1)

"Creo que mucho todavía es de los estereotipos, creo que estamos muy acostumbrados a ver que los viejos son cosa aparte de los jóvenes o de las personas maduras" "Creo que mucho todavía es de los estereotipos, creo que estamos muy acostumbrados a ver que los viejos son cosa aparte de los jóvenes o de las personas maduras" (PT 2).

". Aquí en la ciudad, pues somos un poco más fríos(...) Lo peor de todo es que en esa institución sólo se nos permitía estar dos horas, el demás tiempo... y eso sólo para ayudar a dar de comer. El demás tiempo se la pasaban durmiendo, sin hacer nada. Esa es otra cara triste de los adultos mayores. ¿Qué quisiera para todos ellos? Que realmente tuviéramos una cultura de la vejez, que a cada adulto mayor se le diera la oportunidad de seguir haciendo las cosas que puede hacer o que le gustaban, que tuviéramos otro modo de sensibilidad en las áreas que más les gustan, el parque, la iglesia, el(...) que los choferes fueran más conscientes de que llevan seres humanos y no bultos, esa es la idea que tengo de la vejez" (PT3)

"[Que los trataran] dignamente(...) en donde yo vivo, los viejos...están encerrados en sus casas(...) y la mayoría de los viejos están confinados a su casa, no salen(...)" (PT4)

"(...)se está dando esa apertura, ese respeto a las personas adultas mayores y creo que está bien realmente todos vamos para allá qué bueno que podamos disfrutar de esa posibilidad en la comunidad" (PT6)

"[Los tratan] bien, bien" (PT8)

"[A los viejos los tratan] Mal, muy mal, porque aquí donde vivo en la Ciudad de México, ¡caray!, no hay respeto(...)" (PT9)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...) creo que tratan bien a los viejos de ahí de mi comunidad" "[los viejos deberían vivir] con cuidados" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...) yo no sabría decirle [cómo tratan a los viejos]... [Quisiera que todos los viejos vivieran] como yo, porque yo me siento feliz. Yo gracias a Dios no necesito, así en lo económico" (AMB6-6 meses)

"(...)veo que tratan bien a sus papás, a sus mamás y a sus papás(...) [Los viejos deberían vivir] de lo mejor, dentro de sus posibilidades, de lo mejor" (AMB7-3 meses)

"(...) Te puedo poner un porcentaje, porque si hay dos que tres familias que ayudan de acuerdo a sus posibilidades, tienen mal carácter y se desesperan pero de tratar mal a los adultos mayor-Un 85% de la comunidad en donde me muevo yo, tratan mal a los adultos mayores (...) -¡NOS deben de tomar en cuenta! ¡Ay ahorita me volví a marear! ¿Ves con eso de los vértigos? Este... Los seres humanos no dejamos de ser seres humanos hasta el día que nos sepultan, porque a partir de ese día ya somos huesos y luego ya somos polvo y y y ya. Pero la vida de un adulto mayor debería de ser IGUAL que cuando empezó a crecer, cuando se recibió, se casó, tuvo hijos, igualito en cuanto al trato que se les da. Y en cuanto a su comportamiento y movilidad también debería de ser igual, por eso hace falta capacitación, mucha documentación para el adulto mayor" (AMB8-1 año 2 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"[Nos tratan...] Pues aquí todavía es pueblo, digamos, aunque estamos dentro del distrito, pero todavía nos tratan bien" (AMNB1)

"[Me tratan] Bien, si porque yo no soy grosera con ellos, este... los sé respetar" (AMNB2)

"[En donde vivo los tratan] muy bien eh, muy bien. Todos muy bien" (AMNB3)

"(...)hay mucha información y se ha aprendido a dar su lugar a los viejos. Y yo he visto, que pues sí, si tratan bien a la vejez(...) pues ha cambiado mucho, yo creo que

hay mucha información(...) hay muchas ayudas para los viejos(...) un poquito más de prevención para los viejos en el aspecto de la salud, de los centros para activar su mente, hacer sus actividades, para activar más a la persona. Para hacer más centros para las personas, para la prevención de las enfermedades, y pues más centros de distracción" (AMNB5)

Convivencia con los viejos

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...)es fantástico, aprendo mucho de ellos, sigo aprendiendo, a veces siento que esto es una escuela y no para ellos, sino para mí, porque aprendo todos los días de ellos de sus experiencias de vida, consejos de vida, no solamente a través de la actividad física, sino consejos de vida" (PT1)

"[Me agrada convivir con los viejos] me hacen una grata experiencia" (PT2)

"[¿Te agrada convivir con los viejos?] Mucho" (PT3)

"[Los viejos] son como mi motor Sí, de hecho hasta ellos se dan cuenta cuando a veces estoy como triste y vienen y me dan mis abrazos y me dan mis diez abrazos de apapachoterapia" (PT4)

"Me encanta convivir con los viejos. Me gusta hablar con ellos(...)"(PT7)

"Sí [me gusta convivir con viejos] Pues aprendo mucho de ellos" (PT8)

"¡Uy! me encanta [convivir con ellos] Pues siento que si algo puedo aportar a ellos, si algo puedo hacer por ellos, para que quede grabado en mi mente y la suya que sí se puede, que sí hay la posibilidad de ser feliz, que sí hay la posibilidad de compartir y aprender, aún de una persona más joven. ¡Dios! Me permiten recargarme de energía, yo... me gusta mucho abrazar a la gente, entonces aquí me siento como apapachada, me siento como querida, querida por ellos. Yo creo que muchas veces nuestros viejos no se atreven a dar un abrazo a sus propios hijos, no se atreven a sonreír porque piensan que es una tontería, porque a veces, todo mundo les dijo eso: "¿de qué te ríes? si no tiene chiste". Y aquí yo les digo: "¡ríete!", de la vida, de que estás hoy, de

que es un nuevo día. Y abrazo y abrazo, cien abrazos al día o más, y eso me encanta porque me recarga a mí y puedo transmitir un poco de lo poquito que sé" (PT9)

"Sí [me agrada convivir con los viejos]" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"(...)estoy conviviendo muy bien con todos, es una familia. Como le digo yo ya no tengo memoria, pero tenemos que aprendernos de todos los viejos de aquí. Dígame si no. Está difícil para uno, y ya la memoria nos falla. Aquí a todos conozco, me llevo bien, con todos. Esa es mi misión, comportarme bien" (AMB2-1 mes)

"Sí me agrada [convivir con la gente ya grande] Me parece muy bonito" (AMB3-1 año)

"Sí, yo sí [me agrada convivir con viejos]. Yo por eso te digo, llegué aquí y soy feliz. Este rato, estas horas que yo me vengo diario, vengo diario. Es fuera de estar uno solo en su casa pensando cosas que no debe uno pensar, de sentir la soledad" (AMB4-1 año 5 meses)

"Si me agrada [convivir con gente de mi edad] porque aquí todos somos grandes, me agrada porque podemos hablar de temas muy parecidos, o a veces muy tristes de unos. Yo por lo menos a veces pienso que yo estoy bien, porque luego hay comentarios tristes de algunas compañeras, o su entorno en el que viven. Yo digo que yo estoy bien. Soy afortunada" (AMB5-3 meses)

"(...)Y a mí me gusta mucho hablar con ellos" (AMB7-3 meses)

"(...)Ahorita si te das cuenta ya hay mucho adulto mayor que sobrepasa los 85. Yo cada que tengo oportunidad "Ay Don Ricaardo-un vecino-¡Cuénteme eso que me cuenta de cuando se casó! -Y le llegaba un hijo cada diez meses y tuvo ¡veintiuno!- ¡Cuénteme!" Aparte ¡ni jue aquí! ¡Jue en Zacatecas! Y este y ya cuando no pudo, se vino para acá. Pero a mí me encanta, me encanta convivir con los adultos mayores. Y luego, tuve oportunidad de hablar un día con un señor de Tierra Colorada, allá de cerca de Arandas, tiene ciento... esto fue hace tres años, ahorita tiene 105 años. Tú ves al señor caminar y dices "¡Ahijole!" ¡Si no he entrado al CASSAAM ahorita ya

estaría yo jorobada! Y ese señor estuvo ¡en la guerra de los cristeros! Bueno pues me contó todo, todo, todo, Pues no conforme le dije a uno de mis hijos "No seas malo, sácame de internet La guerra de los cristeros. Idéntico como me lo sacaron de internet me lo contó el señor" (AMB8-1 año 2 meses)

"Si [me agrada convivir con viejos] porque es una convivencia que uno no lo había vivido. Por ejemplo yo que ahora he estado conviviendo con mis compañeras, pues me da gusto y a la vez me da ternura con ellos" (AMB9-4 meses)

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Sí [me agrada convivir con los viejos] pues porque yo les doy su lugar, los respeto y ellos me respetan a mí" (AMNB2)

"Sí, la verdad sí. [me gusta convivir con los viejos] porque aprendes muchas cosas, vas aprendiendo muchas cosas de ellos, muchos valores, muchos valores" (AMNB4)

"Sí, si me gusta mucho (convivir con los viejos] porque aprende uno más, entre más está uno con la gente, aprende uno más. Pero también te das cuenta de qué es lo que no debes de hacer y qué es lo que debes de hacer" (AMNB5)

La vejez en mi persona

Profesionales y técnicos que desarrollan el proceso de atención del CASSAAM

"(...) Empiezo a sentir los signos de envejecimiento en mi cuerpo" "(...)las preocupaciones, el estrés, los problemas económicos... Me hace falta equilibrarme otra vez para sentirme completamente sano" "yo quisiera vivir 100 años, pero 100 años funcional, porque si vivo una vida ya degenerativa y en un estado deprimente, pues, la verdad es que ya no me gustaría vivir los 100 años, sino menos, unos 80 y estar sufriendo menos" "[Que me traten] Con respeto, como me tratan actualmente(...) Que me traten por ser persona y no por mi edad, no ponerme una etiqueta(...) no por decir, tú eres joven, tú eres señor o tú eres adulto mayor, no" "Me gustaría encontrarme más con Dios, encontrarme más espiritualmente, dar la fuerza que quede en mí para ayudar a los demás(...) Disfrutar de la naturaleza(...)"

"(...)me gustaría ser recordado como un gran entrenador, como alguien que puedo dejar algo para su país, o para otro país(...) si no es así, pues en realidad no me gustaría ser recordado(...)" (PT 1)

"ya voy para allá [para la vejez], jajaja, no me falta mucho. Pero yo creo que el estar viejo o no, independientemente de la edad, porque la edad no te la vas a quitar, la edad va a estar ahí y vamos a seguir evolucionando y conforme va pasándola vida, pues vamos a llegar, pero es cómo tú te sientas. Pero yo no me siento vieja, vieja no; madurona sí" "[los años] que me dejen vivir, no me pongo límite, y los que pueda yo vivir bien, sin darle molestias a nadie" "(...)de manera funcional, me gustaría vivir un envejecimiento exitoso" (PT2)

"(...)he tenido dos experiencias en que casi me muero, entonces tengo la sensación y la idea de que estoy viviendo tiempo extra(...) la vida no es tan seria y que definitivamente hay que vivir cada minuto(...) la vida no es tan seria y que definitivamente hay que vivir cada minuto." (PT3)

"(...)inconscientemente si me traumé un poco, porque de hecho ahora hago mucho ejercicio tratando de no tener busto, y muchas mujeres me dicen: "es que no importa", no, y a la fecha yo hago mucho ejercicio, como lo del busto(...) yo creo que mucho de lo que haces siempre, siempre se va a ver al final del camino" "(...)- Los [años] que tenga que vivir(...) No lo sé, mi familia es longeva, por eso es que me tengo que cuidar. [Ser] independiente(...) Cuidándome, comiendo bien, tomando mis medicinas y teniendo relaciones sociales...y sexuales también(...) [Que me traten] con respeto, no es el hecho de que me hagan las cosas, es el hecho de que me dejen hacer las cosas. Cuando ya no pueda, que me pregunten si pueden o quieren hacerlo(...) cuando me jubile quiero entrar a la universidad, quiero estudiar filosofía, quiero meterme a estudiar filosofía, y me quiero dedicar a las letras, a estudiar, voy a ser una viejita ahí, consumada(...) espero escribir libros, espero escribir libros, espero poder escribir algunos artículos, entonces es la manera en que el hombre puede trascender a través de la historia." (PT4)

"[Me gustaría vivir] 100 [años](...) estoy sano(...) Me funciona todo, siento que físicamente estoy completo. Emocionalmente también esto completo, bien. [Me gustaría vivir en mi vejez] completo, si, no, completo, que pueda valerme por mí mismo. Y amando también hasta los cien años. [Que me traten] con dignidad. [Que cuando me muera me recuerden] con luz, o sea, con buenos recuerdos, con buenos momentos. Sí... no dejar malos recuerdos. Como al final sentir que uno valió la pena" (PT5)

"No, no [me considero vieja], hay a veces sí la verdad es que depende del pensamiento que tengamos, del humor, por lo regular en las noches me siento así, mañana me siento me siento bien otra vez" "(...)bien considero que sentirse vieja es más bien mental más bien hay que cuidarse cuidarnos(...) Antes que yo entro a trabajar aquí hijole no quiero llegar a los 70 no me quiero ver cómo las personas de 70 años que yo veía en la calle sin embargo ahorita creo que me gustaría vivir hijole no me gusta de ser centenaria si unos 90 90 años pero en muy buenas condiciones "(PT6)

"Pues ya casi entrando, si, casi entrando. Ya tengo 58 años, entonces considero que ya estoy perdiendo algunas de esas potencialidades que tenía. De hecho ahora me canso lo que antes no, ahora entiendo cuando dicen: "es que ahora tengo que descansar", llego del mercado y me tengo que sentar 15 minutos. Pero que en la parte emocional me siento muy satisfecha de lo que yo misma soy, y eso me da ese ímpetu de juventud o de lozanía, y la otra parte fundamental, claro, trabajar con gente joven siempre te llena de ánimo(...) a mí me gustaría vivir ahorita hasta los 70(...) me gustaría...lo primero, tranquilidad; lo segundo, estabilidad en mis padecimientos, si es que los tengo, un equilibrio familiar decente, y que mi estado de ánimo se mantenga(...) me gustaría dedicarme a lo que me gusta, que finalmente son dos cosas, de las de gusto personal, que es la música y todo lo que tenga que ver con las plantas, me encantan las orquídeas, tengo un pequeño orquidiario, tomo curso de orquideología(...)" "[cuando me muera que se me recuerde como] una persona íntegra, juvenil, jovial, consecuente con lo que pienso y digo, y fundamentalmente haciendo lo que me gusta y diciendo lo que quiero" (PT7)

"No, porque todavía no soy [tengo 56 años] Hay gente que no llega a los 60 años y dicen que están viejos(...) Sí [estoy sana] porque hasta ahorita no tengo ninguna enfermedad, porque creo llevo una vida saludable(...) me gustaría vivir cuando yo pueda seguir siendo independiente, no me gustaría depender de nadie. Que yo fuera autosuficiente(...) no más de 80 años, 70 y algo [vivir] acompañada, con cariño, con respeto(...) [me gustaría que me recordaran] como una persona que vivió bien." (PT8)

"¡No, para nada [me considero vieja]! Me considero que tengo 45 años. Sí [estoy sana] Porque puedo... no dependo de medicamento, si hay algunas situaciones que hay que atender, pero no es nada de gravedad, no hay medicamentos ni tratamientos que tomar. Y pues hasta ahorita, no me duelen las rodillas(...) Me

gustaría vivir los años que tenga que vivir, no tengo... que te diga yo, 100 años. Pero mi familia es muy longeva, 105, 100 años, entonces pues si llego como ellos, que llegue igual de alegre, que pueda yo dar todavía algo, porque pues, qué chiste tiene llegar a 100 años y en la cama, entonces no, si estoy sana, si puedo moverme, puedo hacer y no depender de alguien, perfecto. Y si dependo de alguien, bueno, pues entonces lo que tenga que vivir(...) Ay, me gustaría vivir tranquila, ya tengo diseñada mi casa. Tengo el proyecto de hacer una casa de día para los adultos mayores en la ciudad de Querétaro y quiero vivir ahí, y es casa de día, y bueno para algunos que se quieran quedar, pues ahí van a tener su espacio, para que yo no me sienta sola(...) [Cuando me muera] me gustaría ser recordada por mi optimismo, por mi sonrisa. Como la mujer que siempre dio todo a sus semejantes todo, a mi alcance obviamente " (PT9)

"No [me considero una persona envejecida], tampoco sana, Por algunas cuestiones, sobre todo a nivel físico que hay todavía que afinar un poco para estar totalmente sano [me gustaría vivir] Como unos... digo, por la cuestión familiar, yo creo que si duraría como unos 80 años. Me gustaría vivir como unos 90 años, pero obvio empezar a trabajar desde ahorita para una calidad de vejez ¿no?(...) [me gustaría una vejez] Tranquila, con una situación económica a lo mejor no muy, cómo se llama, no con abundancia, pero si con lo básico, y si se puede acompañada, y si no, con muchas actividades por hacer, [me gustaría que me trataran] bon respeto y tolerancia, [me gustaría] viajar, tocar música, pintar, no sé, muchas cosas que ahorita no se han podido hacer por cuestiones de trabajo y obligaciones(...) [que me recordaran] a lo mejor con un granito de arena para hacer ese cambio en la cultura del envejecimiento y a lo mejor, no sé, un libro, a través de la familia, no sé, ahora sí que todavía me falta camino por andar" (PT10)

Personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM

"Yo sé que soy adulta mayor (...) yo no me considero vieja(...) me quiero considerar sana, si yo me considero enferma, me voy para abajo" "[Me gustaría seguir] viviendo, tranquila y sola" "[Me gustaría que me trataran] como una persona normal, no como una anciana" (AMB1- 9 meses)

"Pues la salud de los viejos, pues estar enterito todavía, no me han quitado nada de sobra en mi cuerpo, estoy completo. Ando bien, bueno, no tan bien, ya necesito mis lentes. Mis oídos ya me fallan también, tengo mis aparatos, ya no guardo memoria, antes me sabía todos los teléfonos que me daban. Si me echo un taco, al rato ya no

sé ni que taco me comí. La memoria pues no sé, si a lo mejor fui muy tomador. Yo tenía dinero, yo ganaba lo que encontraba en el aeropuerto, tenía coches" "[¡yo viejo?] Viejos los cerros, y todavía reverdecen" "Estoy sano, sí estoy sano. Porque no me duele más que mi coxis, pero ya gracias a los medicamento ya me estoy enderezando" "Pues los [años] que me deje [vivir](...) si me concede la vida y haciendo el bien para toda la comunidad, me parece bien(...) sano, pero si Dios me lo permite, pues que sea sano, sino para qué quiero la vida" "[cuando me vaya que me recuerden] sin rencores nada más, sin enojos" (AMB2-1 mes)

"Bueno, yo totalmente vieja no me siento porque soy todavía, soy capaz de atenderme sola, de viajar sola, de venir aquí a platicar con los compañeros, de salir con mis amigas" "Sí, si me considero adulta mayor. Cuando me empecé a cansar de trabajar, sí. Y cuando vi a mis hijas ya grandes, vi que ya se habían titulado y todo, pues dije, no cabe duda que el tiempo pasa" "yo no padezco de presión alta, ni, ¿cómo se llama la otra?, diabetes. Pues si tengo glaucoma y otras cositas, pero yo me siento sana" "[Quiero vivir los años] que Dios quiera, pues, qué puedo decir no me gustaría vivir tantos, porque ya de 90 en adelante ya batalla uno hasta para caminar, yo lo veía con mi papá, que teníamos que sacarlo a caminar y todas esas cosas(...) [que me trataran] con respeto y con cariño(...) me gustaría ser recordada, pues con cariño, no como una persona imprudente o una persona grosera, no. Que se me recuerde con cariño y con respeto" (AMB3-1 año)

"(...)yo para mis años, yo no me siento vieja. Que sí soy anciana y tengo que vivir, pero vieja no, no me siento vieja. Todavía me siento joven, vieja pero con un corazón joven(...) si soy, no digo que no soy vieja, sí. Y aquí estoy viviendo mi vejez, pero yo la estoy viviendo, ¿cómo me explico?, aunque esté viviendo mi vejez, yo no me siento vieja, yo me siento mi vida normal, y hasta ahorita yo me siento bien(...) Sí [me considero adulta mayor](...) yo ahorita tengo lo tengo todo y lo llevo controlado. Yo me siento bien ahorita(...) [me gustaría vivir] la edad que Dios me de licencia, la licencia por lo menos a los 80(...) vivirlos como los estoy viviendo, sin depender de nadie terrenal(...) yo voy a necesitar que me traten con mucho cariño(...) Ah, que me recuerden que siempre me gustó valerme por mi misma y pues hasta el final, hasta que Dios me de licencia y si Dios me da mucha energía y fuerzas para poder yo seguirme sobreponiendo y ser yo la misma y poder hacer mis cosas(...) Hay que vivir la vida como si fuera el último día", ¿por qué? Porque nadie sabemos cuándo nos llega la muerte, puede ser que ahorita salga caminando y me quede yo en el

camino, o llego a mi casa y ya terminé. Entonces la vida hay que vivirla con alegría y lo mejor que podamos" (AMB4-1 año 5 meses)

"(...)a veces sí y a veces no [me siento gente grande de edad] a veces siento que, yo creo que a uno le quedan rachas de gente joven, yo tengo 65 años, así como si tuviera 40 que quisiera verme mover y correr, pero luego también se da uno cuenta de que por ejemplo, yo si le tengo mucho miedo a las escaleras(...) [Me di cuenta que había envejecido] cuando mi hermano falleció, pues sí, yo me he deprimido demasiado, y un día me vi en el espejo y dije: "¿dónde te quedaste?" No supe, ahí fue donde vi que la vida se me había ido y se va uno quedando(...) hasta ahorita sí [soy sana] ¡Ay!, porque en primer lugar porque afortunadamente y ojalá Dios me conserve así, no tengo ninguna enfermedad crónica, me valgo por mí misma, soy independiente, no dependo, no necesito que me estén cuidando, todavía puedo bañarme, comer, hacerme de comer(...) Yo quisiera vivir mientras sea independiente y no ser una carga para nadie(...) [Me gustaría que se acordaran de mi] con un buen recuerdo, creo que eso depende de cómo viva uno, como sea uno con la vida" (AMB5-3 meses)

"Sí [me considero vieja] me gustaría vivir muchos [años] no sé cuántos me falten" (AMB6-6 meses)

"[Me siento] poquito [vieja] Yo tengo otra cosa que mis hijos, es que ellos nunca quisieran verme grande. Y es que yo no me siento grande –le digo- tengo 62 años, pero yo no me siento de 62 años. No, pero que ya te ves... Le digo que ya no puedo hacer lo mismo que hacía antes, y que mis reflejos ya no son los mismos, me desespera a veces ya no puedo ver bien, por ejemplo en la noche(...) No [estoy sana] soy hipertensa, tengo epilepsia en mi estómago y padezco de colitis y gastritis nerviosa(...) [puedo estar sana] cuidándome, [me gustaría vivir] como unos, ahorita tengo 62, como a los 85 años y ser feliz, ser más feliz, estar con mi familia, con mis animalitos(...) [Que me traten] con paciencia, que me escuchen, con amor, con respeto(...) [Cuando me muera me gustaría] tratar de dejar algo bueno, algo bueno en mis hijos, en mi familia que se quede, pero que me recuerden con orgullo. A la mejor no he hecho muchas cosas, pero trata uno de hacerlo lo mejor posible, para que me recordaran bien, así como yo recuerdo a mis papás" (AMB7-3 meses)

"Aunque teniendo la edad según la... ¿ONU? No. Todavía no puedo decir que ya me considero vieja, Bendito sea (...) Sí, yo todavía no me considero Vieja. Ahhh, hasta

octubre que se murió mi esposo (...) Fue cuando yo sentí que... que si me descuidaba, tocaba suelo ¿eh?, si me descuidaba yo tocaba suelo, pero no, dentro de mi dolor, de mi pesar que tengo de ya no llegar y encontrarlo, la vida sigue (...) Hubo una época de mi vida que siempre decían "Oye Mago y tú ¿Cuántos años te gustaría vivir? -112" Es como la décima vez que me preguntan y espontáneamente "112" ¡No sé por qué! Pero siempre viene acompañada esa contestación de "Y con mis cinco sentidos funcionando" Que es un error si te das cuenta, porque el caminar y moverte no es de un sentido. Los cinco sentidos son... a nivel... ¡cara! Jajaja ¿Eh? Pero bueno yo siempre digo "Con mis cinco sentidos funcionando" Jaja AMO LA VIDA y si me lo hubieses preguntado a finales de octubre igual te hubiese contestado: "Amo la vida pero estoy triste", tengo nostalgia y no quiero llegar a una depresión, sé perfectamente bien qué es una depresión (...) [Me gustaría envejecer] rodeada de adultos mayores, viejos, sí(...) me gustaría seguir dando pláticas(...) cuando muera que me recordaran positivamente(...)" (AMB8-1 año 2 meses)

"Sí [me considero vieja] A pesar, a lo que yo ya me doy cuenta los años que tengo, y veo a mi esposo también, ya no es el mismo, también él cambió, y por eso es que me di cuenta que ya envejecí. [Estoy] totalmente [sana] a pesar de lo que me pasó con mi columna, no puedo caminar bien y me duelen mucho los pies, más el izquierdo y para abajo. No muchos [años me gustaría vivir] Porque luego se queda uno totalmente solo, y pues viví la experiencia de mis papás, 75 años. Esa vejez, pues me gustaría vivirla tranquila, y pues salir lo poco que yo pueda salir y no quedarme encerrada en casa. [Podría estar sana] viniendo aquí a CASSAM, porque desde que yo empecé a venir aquí en CASSAM, vi otra cosa. Porque estaba yo totalmente encerrada en casa, me la pasaba llorando, que ya no podía yo hacer mis cosas como antes(...) Pero a partir de que empecé a venir aquí a CASSAM, ya fue como que abrir más los ojos. Y conocí muchas cosas que yo desconocía. Con todas las pláticas que nos daban, ya conocí otras cosas de lo que es ser viejo(...) Pues que me trataran, que me trataran bien. Que no haya rechazo contra mí. Que me tomen en cuenta. Así me gustaría que me trataran. Pues que me recordaran como una mamá buena, que yo les ayude a mis hijas en lo que yo pueda, y que ellas también me recuerden con cariño. Porque luego me dicen "mamá, yo quiero que nunca te mueras", qué bueno fuera, ¿verdad? Que pudiéramos vivir, pero hasta cuando Diosito diga hasta aquí, ya se va uno. Que recuerden como una mamá, pues no buena, pero si con cariño" (AMB9-4 meses).

Personas adultas mayores no beneficiarios del CASSAAM

"Pues yo creo que sí [estoy vieja] Pues ya, ya, ya tengo aires pasados. [Me di cuenta de que estaba vieja] cuando se fue mi esposo, hace ocho años (...) Sí [estoy sana] porque le digo, yo todavía me puedo mover, yo misma hacer mis cosas. Yo lavo, plancho, coso, hago la comida, lo que más se puede. Sí padezco de presión alta y las piernas no me ayudan mucho, pero pues todavía me defiendo (...) Ya no [quisiera vivir] [el tiempo que me quede vivir quisiera estar] un poco más sana. Sin dar molestias, más que todo, eso. No me gustaría darle molestia a mi hija, ni que tuviera yo que recargarme mucho en ella ...yo no me quisiera hacer más vieja de lo que estoy, por no querer causar, si usted quiere lástima, o porque me doliera mucho ser inservible" (AMNB1)

"(...)vivir la vida según como vengan, ¿no? No [me siento vieja] Nomás ahorita porque estoy mala de mi pierna. Siempre me he sentido bien(...) Pus sí [estoy sana] Nomás la pierna, es lo único que tengo mal. Y eso porque me aventó un carro, antes de milagro no me mató. Y lo único que tengo es la pierna, porque todo lo demás, las operaciones me salieron bien. Y lo único es la pierna, nada más, es lo único con que batallo(...) sí, donde quiera andaba yo, muy contenta, no tenía problemas de nada. No he sido grosera, siempre he respetado yo a las personas(...) [me gustaría vivir] pues según lo que Dios me dé, pus sí porque lo he vivido bien, contenta, bien a gusto, no he estado aburrida de la vida, he estado muy contenta, y la he vivido muy bien, muy contenta, muy contenta. Muy feliz(...) [el resto de mi vida me gustaría vivir] igual, bien. Que me respeten y yo los respeto y vivir sin enfermedades. La enfermedad es lo que lo acaba a uno (...) como yo no soy grosera, tampoco que sean groseros. Que me respeten y yo los respeto también(...) yo sólo quisiera estar sana y ya. Con eso, con que no tuviera yo nada. Que no estuviera enferma ya(...) [Que me recordaran] bien, pues sí, porque yo no soy grosera ni maltrato a nadie, yo creo bien" (AMNB2)

"Yo me siento joven. Estoy vieja porque me veo las arrugas, los achaques, pero me sigo sintiendo joven. Con aceptación eh (...) No [estoy sana] porque tengo mis achaques. La osteoporosis, colitis(...) Sí me agrada convivir con los viejos(...) Sí [me gusta convivir con viejos] Porque tengo un grupo de amigas con las que me la paso muy bien con ellas, jugamos cartas, podemos platicar, tenemos los mismos intereses. Tengo amigas de mi edad, me saben escuchar, y con los mismos intereses. Yo digo que ya viví suficiente, pero pues ahí está la cosa, cuando Dios disponga [Me gustaría vivir] como la estoy viviendo (...) [En general las personas]

me tratan con mucho cariño [me gustaría] terminar un libro que estoy escribiendo de cocina, es una de mis metas. Seguir leyendo, acabar de aprender a tejer bien. Pues seguir estando al frente de mi familia(...) [Me gustaría que me recordaran] como una mujer fuerte que no se doblegó ante la lucha de la vida" (AMNB3)

"(...) No, todavía no, todavía no [me siento vieja] pues entre sí y no [estoy sana] Porque por mis articulaciones, mi mala circulación de piernas, y porque me encanta mucho el baile, y por eso me siento mal, pues ya no puedo bailar. Trato, trato de hacerlo, pero no, ya me cuesta mucho trabajo (...) 75 a 80 de edad [me gustaría vivir] la verdad (...) no quiero ser una carga para mis hijas, sobre todo para mis hijas. [Me gustaría vivir] pues rodeada de aprecio, de atenciones de mis hijas, de mis nietos, como lo estoy viviendo (...) [Que me traten] con respeto, con respeto (...)" (AMNB4)

"(...)Pues no, no me considero vieja, me siento bien, me siento que estoy dando mi segundo aire(...) bendito sea Dios sí estoy sana(...) no tengo ninguna de las enfermedades comunes de la vejez, porque estoy activa, porque trato de aprender cada día más y más en esta vida, porque me esfuerzo todos los días por sacarle jugo a la vida. Siento que tenemos que, en esta vida sacar lo más que se pueda, aprovechar lo más que se pueda, irnos con todo lo más que podamos robarle a esta vida(...) no tengo edad para vivir, pero los que sean, pero que sean sanos, lúcidos, y con muchas ganas de vivir y disfrutarlo(...) me gustaría ser recordada, como una persona bien positiva, bien fregona. (Jajajaja!!!) Bien fregona, porque hubo mucha lucha de parte de una persona que empezó muy joven su vida, y creo que la hice, como sea, creo que hice mucho, después de tan joven, tan sin experiencia, tan sin, con tan pocos recursos siento que hice bastante. Y no porque yo sea muy fregona tampoco, porque yo pienso que siempre hay un ser supremo que nos saca adelante y nos apoya y nos ayuda, y nos da la capacidad para hacerlo" AMNB5)