

# Género, envejecimiento y salud: un campo en construcción

(Gender, aging and health: a field in construction)

Edna Iveth Cortés Ramírez\*

## Palabras clave

Género, Envejecimiento, Salud..

## Key words

Gender, Aging, Health.

## Introducción

En los próximos años las características demográficas de los países latinoamericanos serán diferentes: la disminución de la fecundidad y la mortalidad impactará la estructura por edades haciendo patente un envejecimiento de la población. Esta cercana realidad obligará a atender las necesidades de una población adulta mayor cada vez más numerosa, desigual en los aspectos socioeconómicos y con enfermedades crónico-degenerativas.

En México, según la Secretaría de Salud<sup>1</sup>, los efectos de la transición epidemiológica junto con la demográfica han contribuido a un incremento de la esperanza de vida pasando de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros, con lo que se espera que, para el año 2050, uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Para la población de adultos mayores, las enfermedades crónico-degenerativas más importantes son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer. Aunado a ello, la depresión, la demencia y los problemas relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos, son los problemas de salud que impactarán a la población mayor de 60 años.

Ante estas perspectivas se hace patente la necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a las personas de 60 años y más, con acción en los planos económico, social, político y cultural que obedezcan a una mejora de su calidad de vida, dimensionando las di-

námicas institucionales que tendrán que darle respuesta a sus necesidades y demandas: “El envejecimiento se convierte en un problema social cuando está acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. Las diferentes dimensiones de la desigualdad como son la clase social, la etnicidad y el género se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez, atrapando a las personas en una telaraña de desventajas múltiples respecto de la cual resulta hoy en día muy difícil escapar”<sup>2</sup>. El género es una categoría de análisis que otorga conceptos que explican la multideterminación de los procesos sociales y de desarrollo: “Género se entiende, entonces como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad”<sup>3</sup>. Cuando la salud de la mujer es analizada a partir del enfoque de género, se delimitan las interrelaciones entre la biología y el medio social, y se descubren las situaciones de desventaja de las mujeres frente a los hombres en términos de la probabilidad de gozar la salud, de enfrentar la enfermedad y de morir. El género considerado como herramienta analítica, que, junto a los reconocidos de clase social, raza y edad ofrecen un marco explicativo del proceso salud-enfermedad.

Es necesario reconocer que el envejecimiento no significa lo mismo para unos que para otros: “Las mujeres se enfrentan a problemas que hasta hoy han sido casi exclusivamente

\* Pasante de la Maestría en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. edna\_cr@yahoo.com.mx

suyos. Han cuidado siempre a otras personas, marido, hijas e hijos, nietas y nietos y, sin embargo, no tienen quién las cuide cuando son mayores. Los hombres esperan recibir en la última etapa de su vida el cuidado de su pareja (lo saben cierto); las mujeres, sin embargo, se ven abocadas a confiar en el de sus hijas e hijos”<sup>4</sup>. Por ello, es de suma importancia explorar las diferentes experiencias del envejecer vinculados al género y las implicaciones que ello tiene para la salud de las ancianas: qué significa para ellas estar sanas y enfermas, cómo y a quién comunican su sentir, cuáles son sus recursos, sus prácticas de autocuidado, su asistencia hacia los demás, los roles que desempeñan en diferentes ámbitos y la toma de decisiones en sus vidas cotidianas.

El pensamiento feminista ha construido un cuerpo teórico que permite ubicar la problemática de género, por ello, en el primer apartado de este ensayo, se hace un recuento preliminar de los principales momentos y perspectivas teóricas del feminismo y en la segunda parte, se analizan las vinculaciones entre género, envejecimiento y salud.

## **I. La trayectoria del feminismo**

Es necesario revisar la trayectoria del feminismo para rastrear la construcción de la categoría género. La del feminismo, es a la vez la historia de la lucha de las mujeres para explicar y conseguir el acceso a sus derechos y a su participación en la sociedad. Aunque: “El pensamiento feminista ha dejado, desde hace mucho, de ser exclusivamente un voluntarismo o una militancia para convertirse en una disciplina con una genealogía, una historia, unos textos fundacionales, un cuerpo de doctrina y toda una serie de corrientes bien diferenciadas en sus componentes ideológicos y su geografía específica, amén de impregnar campos colindantes como puedan ser la crítica literaria, la historiografía, la crítica artística, la filosofía de la ciencia o la crítica cinematográfica”<sup>5</sup>.

Para las ciencias sociales, la teoría feminista se ha constituido como un sistema de ideas, que explican la vida social desde una perspectiva centrada en las mujeres: “Primero, su principal ‘objeto’ de investigación, el punto

de partida es la situación (o las situaciones) y experiencias de las mujeres en sociedad. Segundo, considera a las mujeres como ‘sujetos’ centrales del proceso de la investigación; es decir, intenta ver el mundo desde el distintivo y ventajoso punto (o puntos) de vista de las mujeres en el mundo social. Y tercero, la teoría feminista es una teoría crítica y activista que actúa en nombre de las mujeres; su objetivo es producir un mundo mejor para las mujeres y, por tanto, para toda la humanidad”<sup>6</sup>.

Los primeros rastros del feminismo los podemos ubicar en el s. XIV-XV, en el denominado feminismo premoderno que manifiesta la necesidad de hacer visibles a las mujeres y la denuncia de la misoginia. En este sentido, la obra de Christine de Pisan, *La ciudad de las damas* (1405), ataca el discurso de la inferioridad de las mujeres y ofrece una alternativa a su situación.

El feminismo moderno, nace con el espíritu ilustrado que manifiesta el deseo de igualdad y emancipación. Si bien, el feminismo premoderno se caracteriza por declaraciones individuales de ilustrados personajes, el feminismo moderno significa el paso del gesto individual al movimiento colectivo. La historia ubica a la famosa obra de Poulain de la Barre, *Sobre la igualdad de los sexos* (1673) como un momento de articulación teórica para el feminismo al ser la primera obra que se centra explícitamente en fundamentar la demanda de igualdad sexual. El momento práctico llega con los movimientos de mujeres en la Revolución Francesa. La República desestima la petición que Condorcet hace en su escrito, *Sobre la admisión de las mujeres al derecho de ciudadanía* (1790), para que se educase igualmente a mujeres y varones. Es entonces como se hace presente la figura de Olympe de Gouges al presentar su *Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana* en 1791. Simultáneamente, Mary Wollstonecraft redacta en Inglaterra la *Vindicación de los derechos de la mujer* (1792).

La Primera Ola del Feminismo (s. XIX) contiene al movimiento sufragista que luchaba por la igualdad en todos los terrenos apelando a la auténtica universalización de los valores

democráticos y liberales. El acceso al voto se planteaba como un punto estratégico a partir del cual se podría tener acceso al parlamento para cambiar las leyes y las instituciones.

En Estados Unidos, el movimiento sufragista se vio fuertemente hermanado con el movimiento abolicionista. Elizabeth Cady Stanton, autora de *La Biblia de las mujeres*, y Susan B. Anthony, fueron dos de las más significativas sufragistas estadounidenses. En Europa, el movimiento sufragista inglés fue el más fuerte y radical representado en la figura de John Stuart Mill, autor de *La sujeción de la mujer* (1866) quien presentó la primera petición de voto femenino al Parlamento. Aunque, tendría que pasar la Primera Guerra Mundial y llegar el año 1928 para que las mujeres inglesas pudiesen votar en igualdad de condiciones.

Para finales del s. XIX, empiezan a establecerse las relaciones entre feminismo y socialismo. Los socialista utópicos empiezan a plantear el tema de la mujer. Por un lado, Fourier (con la propuesta de la vuelta a las pequeñas comunidades donde la igualdad gobierne también a los sexos), Saint-Simon y Owen (quienes declaraban que la salvación de la sociedad sólo podía proceder de lo femenino) aportaban en sus proyectos la transformación de la institución familiar. Pensadoras que surgen en este momento son: Flora Tristan, (cuya obra *Unión obrera*, 1843, donde expone que la educación de las mujeres es fundamental para el progreso de las clases trabajadoras), Concepción Arenal, Lou Andreas-Salomé, Rosa Luxemburgo y Alexandra Kollontai (ministra en el primer gobierno de Lenin que señala que la igualdad entre los sexos había sido establecida por decreto, pero no se había eliminado la ideología patriarcal)

El salto cualitativo hacia el feminismo contemporáneo, lo constituyó la aparición de la obra: *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir en 1949, que traía a discusión el viejo debate: si las mujeres habían conseguido el voto y con ello habían logrado varias reformas para la consecución de una sociedad legalmente igualitaria, ¿por qué hablar de desigualdad o de opresión?

Surge así la Segunda Ola del Feminismo para los años 60-70 que más allá de la consecución

del voto femenino busca una igualdad formal. Pero este feminismo no es homogéneo en su interior: por un lado, surge el denominado feminismo liberal con representantes como Betty Friedan (*La mística de la feminidad*, 1963), Juliet Mitchel, (*Psicoanálisis y feminismo*, 1972). Los planteamientos del feminismo liberal llevan a la creación de la Organización Nacional para las mujeres (NOW por sus cifras en inglés) y del Women's Liberation Movement. Por otra parte, caracterizado por su aversión al liberalismo, un rechazo total al sistema patriarcal y una segregación del varón, son manifiestos del feminismo radical que domina la escena para la década de los sesenta en su alianza con la izquierda. Las propuestas vienen de autoras como Valerie Solanas, (*Manifiesto SCUM*, 1967); Kate Millet (*Política sexual*, 1969), Shulamith Firestone (*La dialéctica del sexo*, 1970), Germaine Greer (*La mujer eunuco*, 1971), Evelyn Reed y Lidia Falcón.

A partir del desarrollo del feminismo radical, podemos rastrear la aparición de otros feminismos: el feminismo de la diferencia que, partiendo de la diferencia sexual, busca profundizar en la esencia femenina y profundizar en un imaginario, un lenguaje y una genealogía propios. En Italia, Luisa Muraro, Rosi Braidotti, Carla Lonzi, (*Escupamos sobre Hegel*, 1970); en Francia Luce Irigaray, Hélène Cixous y en España, Victoria Sendón de León y Milagros Rivera Garretas son las pensadoras que configuran este espacio del feminismo.

El feminismo cultural propone vivir en un mundo de mujeres para mujeres: una contracultura que exalta el "principio femenino" y sus valores y denigra lo "masculino". Su mayor desarrollo es en Estados Unidos con Mary Daly (ecofeminismo).

Por su parte, el feminismo de la igualdad plantea que toda esencia femenina es una creación del patriarcado, por lo que, si no se quiere caer en las trampas del "eterno femenino", se debe luchar por la consolidación de espacios de reconocimiento en pie de igualdad con los varones y propone la equiparación de derechos, espacios de poder y legitimidad intelectual. Sus representantes son: Iris Young, Silla Eiseinstein, Nancy Fraser, Seyla Benhabib, Christine Delphy, Celia Amorós y Amelia Valcárcel.

La Tercera Ola del Feminismo, ubicada en los años 80-90 del s. XX, retoma varios elementos del feminismo cultural: Adrienne Rich (feminismo lesbiano), Andrea Dworkin (lucha contra la pornografía) Carole Vance y Ann Snitow (feminismo contra la censura) son las representantes de este pensamiento.

Rodríguez (2004) habla de una “Cuarta Ola del Feminismo” que arranca de la crítica post estructuralista, apuesta por la deconstrucción de los conceptos de género, raza, sujeto, identidad y domina el escenario del s. XXI. De esta forma, surgen el feminismo queer (Judith Butler, Eve Kosovsky Sedgwick), el ciberfeminismo (Donna Haraway, Faith Wilding, Sadie Plant) y el feminismo transexual (Sandy Stone).

### **Feminismo cultural**

El feminismo cultural se sustenta en la existencia de un “carácter femenino” o “personalidad femenina” con aspectos positivos y superiores, esto es, se aceptan definiciones esencialistas acerca de lo que es la mujer. El feminismo cultural propone la censura de la masculinidad y el compromiso para mantener, y no reducir, las diferencias entre los géneros. Es necesario crear un entorno saludable lejos de los valores que favorezcan lo masculino (como la pornografía) para poder instaurar un principio femenino: proponer una contracultura femenina.

Para el feminismo cultural, la cooperación, el cuidado de los demás, el pacifismo y la no violencia son virtudes femeninas innatas. Además, afirma que hay un estilo femenino de comunicación y que las mujeres tienen mayor apertura a la experiencia emocional, entre otros aspectos.

El feminismo cultural reconoce el problema del imperialismo cultural de los varones entendido como un proceso en el que las mujeres son definidas por los varones, siendo éste un grupo con un punto de vista e intereses opuestos a los de aquéllas.

El feminismo cultural resalta la necesidad de asumir un nuevo sujeto colectivo: un nosotras, donde se establezca una reidentificación: autoestima del propio grupo para consigo. Se trata además de dar una formulación teorizable a los relatos de las mujeres, dar una verba-

lización a experiencias comunes de opresión: “palabra de mujer”.

### **Feminismo existencialista**

El feminismo existencialista es aquel que surge a partir de la obra de Simone De Beauvoir. Son dos las ideas centrales que destacan en *El Segundo Sexo*: la mujer ha sido hechura de la cultura y de la civilización, no está biológicamente determinada y, por lo tanto, no está llamada a ser exclusivamente una esposa y una madre.

Para Beauvoir no hay coincidencia entre la identidad natural y la de género, es por ello que afirma: “No se nace mujer, se llega a serlo”. El género se refiere a las características humanas consideradas como “femeninas” y que son adquiridas por las mujeres a través de un largo proceso individual y social y que no se derivan de forma “natural” de su sexo. Surge de esta forma, una teoría del género que le da sentido cultural al llegar a ser mujer, a las elecciones, a las destrezas que se incorporan al ser mujer.

En el análisis existencial, las categorías de “lo uno” y “lo otro” son categorías de oposición. Las mujeres representan la Alteridad. Las mujeres son marginadas como el Otro en una cultura creada para y desde los hombres (El Otro es un objeto que tiene rasgos opuestos al sujeto masculino activo). El hombre es el sujeto que define al mundo. Beauvoir no niega que existan diferencias entre hombres y mujeres a diferentes niveles como el genético, endocrino y anatómico, pero estas diferencias no son suficientes para definir lo femenino.

Se rechaza el “eterno femenino”, es decir, atribuir ciertos rasgos que se creen inherentes al carácter femenino como la coquetería y la sumisión, entre otras. La mujer es vista como subordinada, como un ser que no tiene autonomía, que ocupa un sitio secundario como “lo otro”, definida desde una perspectiva masculina que retrae a las mujeres a la esfera de lo corpóreo.

A las mujeres se les educa a partir de la pasividad, que es considerada una característica femenina, y con un destino determinado a partir

de la maternidad, del cuidado de los niños, los trabajos domésticos, se basa en la inmanencia tradicional y femenina mientras que en los hombres, la trascendencia (ir más allá de lo biológico, tener un destino abierto e independiente) es lo que caracteriza su proceso educativo.

El feminismo existencialista propugna porque todas las personas, sean hombres o mujeres, procuren su libertad a partir del desenvolvimiento de su personalidad e intereses: en ello radica la felicidad.

### **Feminismo liberal**

El feminismo liberal empieza por definir la situación de las mujeres como una situación de desigualdad -y no de opresión y explotación- y por postular la reforma del sistema hasta lograr la igualdad entre los sexos. De esta forma se expone el principio de igualdad que consiste en el reclamo de derechos iguales a los de los hombres y un tratamiento igualitario.

El feminismo de la igualdad tiene como antecedente histórico a la Ilustración y como raíz filosófica el racionalismo de Kant. De ahí es que se retoma el concepto de universalidad: todos los seres humanos cuentan con estructuras racionales que son comunes, pero los hombres son los que detentan la universalidad, en cuanto sujetos (dominantes) que definen los valores dominantes (patriarcales). En la modernidad, el campo de la razón está identificado en la esfera pública, que es dominada en términos masculinos relegando a las mujeres a la demostración constante de su ser racional (ya que por naturaleza son más cercanas a las emociones, sentimientos y deseos).

Para las feministas liberales, el principal problema de las mujeres es su exclusión de la esfera pública y propugnan el cambio en las relaciones en el mercado laboral y promover a las mujeres para ocupar cargos públicos. Por ello es que se sostiene la tesis de “lo personal es político”, fundamento de la moralidad feminista que señala que el poder debe ser reconocido en la esfera de las relaciones íntimas de la misma manera que en la esfera pública: todas las relaciones son morales y políticas.

La desigualdad es resultado de un modelo sexista y patriarcal de división del trabajo. El patriarcado significa para el feminismo liberal, el orden sociomoral y político que tiene como fin el predominio masculino (constituye el poder del padre, el patrón eterno para controlar la naturaleza, a otros hombres y a todas las mujeres). El patriarcado surge del deseo por controlar la naturaleza, la paternidad e imponer una organización sociopolítica. Este orden se manifiesta en lo social, en lo económico y en lo ideológico. Por ello es que surge la segunda gran tesis del feminismo: la abolición del patriarcado.

Tópico del análisis feminista liberal es el matrimonio igualitario (donde la pareja se sienta libre de los constreñimientos institucionales predominantes para negociar el tipo de matrimonio que satisfaga sus necesidades y expectativas). El cambio requiere eliminar al género como principio ordenador de la vida social: implica que cada individuo elija el modo de vida que más le convenga y que la sociedad respete y acepte esa elección.

### **II. La relación entre género, envejecimiento y salud**

Mientras que se amplía la literatura sobre género y el envejecimiento ha sido considerado desde diferentes enfoques (como la demografía, la epidemiología, la sociología y psicología de la vejez por mencionar algunos), la relación entre género, envejecimiento y salud ha sido poco explorada: desde la academia hasta el sector público se nota una ausencia o carencia de propuestas teóricas y de investigación y, por ende, de construcción de estrategias para dar respuesta a la problemática.

Es por ello, que en una primera revisión de las investigaciones que empiezan a descubrir esta relación, encontramos, en primer lugar, a aquellas que abordan el fenómeno de la vejez y sus concepciones, los procesos de interacción y el cuidado de la salud, otras que plantean las particularidades del envejecimiento de las mujeres, abundantes sobre la salud de las mujeres y algunas de la comunicación desde la perspectiva de género.

En el primer lugar de esta revisión, tenemos a las investigaciones que abordan el fenómeno de la vejez desde los procesos de comunicación y los patrones de interacción en esta etapa de la vida<sup>7</sup>, las concepciones sobre envejecimiento exitoso<sup>8</sup> hasta las necesidades de información y tendencias de autocuidado en la vejez<sup>9</sup>.

En este sentido, es importante lo que recalca Casas<sup>10</sup> cuando hace un estudio de tipo cualitativo para identificar necesidades de información y tendencias de comportamiento sobre autocuidado, y conocer la forma en que los ancianos desean ser “educados” por el equipo de salud siendo parte de un proceso de construcción de estrategias en educación para la salud. La investigadora trabajó con 5 grupos de ancianos, en total 70 personas mayores, de ambos sexos, casados y viudos, pertenecientes a una misma religión (católica) y estrato social, originarios de diferentes estados de la República Mexicana, residentes de la colonia Los Reyes del DF. a partir de materiales como un video sobre estilo de vida en la población de la 3ª edad, dibujos de imágenes que representan el ciclo de vida y la guía de temas, se obtuvieron resultados que giran en torno a variables como demandas a la familia, información sobre la prevención (de accidentes y enfermedades), comprensión sobre enfermedades o padecimientos, actitud de las personas ante la valoración de la salud y demandas al equipo de salud, teniendo como referencia el concepto de autocuidado. La autora concluye que el valor que los ancianos dan a su salud, se refleja en el interés de vivir más años, pero con calidad, y la calidad está en función de poder vivir con tranquilidad y en armonía con sus seres queridos, los ancianos demandan a la familia comprensión, cariño, motivación, convivencia y revaloración de ellos mismos ante la familia y la comunidad, y las demandas al equipo de salud son de información precisa y práctica, acompañada de buenos tratos y ambiente de camaradería.

En segundo lugar, se aborda el envejecimiento como un fenómeno con implicaciones particulares para la salud de las mujeres y es por ello de suma relevancia recalcar los hallazgos de estas investigaciones.

Moya de Madrigal<sup>11</sup> hace un estudio de los patrones de utilización de los servicios médicos que hacen las mujeres de edad avanzada en Costa Rica a partir de los datos disponibles en la Caja Costarricense de Seguro Social. El patrón observado para la población de 60 años y más es el siguiente: los hombres se hospitalizan más que las mujeres y las mujeres permanecen casi el mismo tiempo que los hombres en el hospital, sin embargo, las mujeres continúan acudiendo a consulta más frecuentemente que los hombres. Las causas más frecuentes de atención son la diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, artropatías y dorsopatías. El primer lugar como causa de hospitalización y consultas médicas lo ocupan la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La autora concluye que podría cambiarse este patrón si los servicios de salud se adecuan a las verdaderas necesidades de las ancianas en la atención de su salud.

Bialik<sup>12</sup> hace un investigación con 770 mujeres ancianas de diferentes substratos socioeconómicos y de tres ambientes distintos de México (urbano, rural e indígena) para poder construir un perfil de la mujer anciana. Los resultados se centran en las características generales del grupo, su situación laboral y distribución de ingresos, la salud, vida social, actividad sexual, autopercepción de los problemas, autoestima, percepción de su condición de mujeres ancianas, expectativas y aceptación de cambios. En cuanto a salud, la mayor proporción (37 por ciento) calificó su salud como “relativamente buena”, mientras que un 29 por ciento manifestó que era “buena” y 33 por ciento dijo que “no era buena”. Los problemas de salud (refiriéndose a enfermedades percibidas y no necesariamente a las diagnosticadas o tratadas) más frecuentes fueron osteoartritis (22 por ciento), trastornos digestivos (13 por ciento), problemas cardíacos (8 por ciento) y la diabetes (8.7 por ciento). Sólo un 1 por ciento de las entrevistadas se refirió a problemas mentales como problema de salud. Con respecto a la atención de su salud, el 42 por ciento manifestó ser atendida por un médico, 25 por ciento por instituciones de salud, 9 por ciento dependía de su familia o de sí misma

y en pequeños porcentajes se respondía que acudían a servicios paramédicos o tradicionales. Acerca de los hábitos en el consumo de alcohol y tabaco, 10 por ciento de la muestra aceptó que fumaba y 30 por ciento que ingería bebidas alcohólicas (tanto el grupo urbano como el rural especificaron que bebían en reuniones sociales). La autora concluye que este estudio pretendía evaluar el proceso de envejecimiento a través de las percepciones de las propias mujeres aunque es evidente que las ancianas no constituyen un grupo homogéneo y que los datos de primera mano recopilados por este tipo de estudios deberían ser tomados en cuenta al diseñar los programas que abordan el envejecimiento.

En un tercer lugar, se plantea la salud de las mujeres atendiendo al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género<sup>13</sup>, los procesos en la toma de decisiones frente a la enfermedad<sup>14</sup> y la importancia de las redes sociales para la promoción de la salud de las mujeres<sup>15</sup>.

Para empezar a construir la relación entre envejecimiento y género, es necesario retomar las aportaciones de Cuesta-Benjumea<sup>16</sup> quien estudia de forma cualitativa, en un diseño basado en entrevistas individuales y semiestructuradas con 25 mujeres de la región de Antioquia, Colombia para recuperar el proceso de búsqueda atención médica que va desde la percepción individual de la salud, los signos, los síntomas y la enfermedad. Esta investigación pretende responder a la necesidad de integrar el punto de vista de las mujeres en los diagnósticos de salud que realizan los profesionales. La autora encuentra que las mujeres tienen un proceso de enfrentar el síntoma constituido por tres etapas: a) valoración del síntoma, b) medición de capacidades y evaluación de opciones y c) selección de ayuda. En primer lugar, se clasifica al síntoma de forma subjetiva comparando las variaciones en el estado de salud en el transcurso del tiempo y además se le atribuye una explicación que deviene directamente en autocuidado o el tipo de ayuda que se busca. En un segundo momento, las mujeres valoran si pueden hacerse cargo de su dolencia sopesando los recursos tanto socioeconómicos y las fuerzas para

autocuidarse como las consecuencias de su decisión. El proceso finaliza cuando se decide por el tipo de ayuda que se va a requerir: la ayuda legal, profesional o el autocuidado. La autora concluye que es de suma importancia reconocer la parte subjetiva del proceso salud-enfermedad y específicamente, en el caso de las mujeres por la importancia que tienen como productoras de salud. Además, el papel del círculo familiar, de las amistades y de la comunidad en general deben ser atendidos en el momento de formular estrategias de prevención y promoción de la salud.

En cuarto lugar, se presentan aquellas investigaciones que se acercan a explorar los procesos de comunicación a través de la perspectiva de género, con implicaciones para la salud<sup>17</sup>, para la relación médico paciente<sup>18</sup> y para las relaciones interpersonales<sup>19</sup>.

Es necesario abordar las aportaciones de Gabbard-Alley<sup>20</sup> quien hace una recopilación y una crítica de las diferentes investigaciones que se han hecho para explicar la relación entre género y comunicación en salud. La autora revisa las relaciones entre género, comunicación en salud, corresponsabilidad y satisfacción. Las investigaciones revisadas están divididas en varios apartados: género, morbilidad y mortalidad; género y comunicación verbal; género y comunicación no verbal; comunicación en salud y corresponsabilidad; corresponsabilidad y género; comunicación y satisfacción; y género y satisfacción. La crítica que hace la autora va dirigida a los diseños metodológicos para abordar la relación género y comunicación en salud, pues se trata de diseños estadísticos en donde se pierden las diferencias de género por la falta de correlación o porque no hay diferencias significativas, se propone entonces hacer una revisión de cuales serían los mejores procedimientos estadísticos para el análisis de los datos. Las propuestas para este campo de investigación son en primer lugar, la necesidad de cambiar el acercamiento epistemológico puesto que las investigaciones han adoptado un matiz positivista cuando hace falta adoptar un modelo más descriptivo que permita abarcar más las formas que los efectos del género en la comu-

nicación en salud y, en segundo lugar, retomar el contexto en el que se llevan a cabo las interacciones entre prestadores de servicios de salud y pacientes (como las diferentes áreas en un hospital, las preferencias para elegir los servicios de salud a los cuales recurrir, el ambiente, las relaciones de poder) así como las dimensiones psicológicas del género. La autora concluye que es necesario desarrollar una acercamiento epistemológico que abarque los cambios y los atributos del género en las sociedades contemporáneas y que al reconocer que la comunicación interpersonal es requisito para la corresponsabilidad y la satisfacción es necesario responder cómo el género influye en la comunicación en salud.

Asimismo, Haug hace una revisión de las diferentes investigaciones que se han realizado para abordar la comunicación entre médico-paciente. Todas ellas parten del hecho de que las variaciones en edad, sexo, clase, raza y religión son relevantes para una comunicación médico-paciente exitosa. Los estudios analizados se centran en la comunicación verbal y tratan de cómo las características demográficas tanto del médico como del paciente, así como el contexto en el que se da la interacción son determinantes para la comunicación médico-paciente. En cuanto a las diferencias de edad entre el médico y el paciente, los estudios muestran que los médicos que son más jóvenes que sus pacientes son menos atentos, menos respetuosos, menos pacientes y les proporcionan menos tiempo de consulta en comparación con personas más jóvenes. Los estereotipos acerca de los ancianos, hacen que los doctores hablen más despacio, en un tono más alto, usen lenguaje sencillo y los culpen de sus descuidos (esta relación se establece en médicos cuya edad está por debajo de los 45 años cuando interactúan con pacientes que están por arriba de los 80 años). La edad del paciente determina los tratamientos a seguir, sobre todo cuando se trata de cáncer. En cuanto al sexo de los pacientes, se ha encontrado que las mujeres reportan más los síntomas y acuden con más frecuencia a consulta, hablan y preguntan más en el encuentro con su médico, pero también obtienen respuestas menos técnicas que sus con-

trapartes masculinos. Por su parte, las doctoras tienden más a hablar y a darle más tiempo a historia clínica, a preguntarle al paciente cuál es su opinión sobre sus síntomas, a dar un trato igualitario, a pasar más tiempo en visitas médicas, dar más información y mostrar más apoyo (independientemente del sexo de sus pacientes). Después de revisar los efectos de la clase social, la etnicidad, el papel de la religión, el estado de salud, el autor concluye que es necesario seguir investigando sobre estas diferencias para poder mejorar los procesos de comunicación entre médico-paciente y esto repercuta en mejores tratamientos y mayor adherencia a ellos.

### **III. A manera de conclusión**

A partir de la revisión de las diferentes perspectivas que confluyen al interior del feminismo (y que imprimen un particular sello al enfoque de género) así como de las investigaciones que pretenden aproximarse al género, el envejecimiento y la salud, se enfatiza la necesidad de integrar el enfoque de género al estudio del envejecimiento y que, desde estos marcos teóricos se pueda comprender la situación de salud-enfermedad en las ancianas, desde su propia perspectiva, a partir de la forma en que construyen sus significados sobre salud y enfermedad. Esto responde a una necesidad inaplazable de aplicación y reconstrucción de marcos teóricos para la investigación que sustenten las acciones en salud desde el sector público para hacer algunas propuestas, en particular, para la participación de las ancianas en su salud, para satisfacer sus requerimientos en servicios de salud y en general, para su integración social y mejoramiento de su condición de género.

## Referencias bibliográficas

1. SECRETARIA DE SALUD. 2001, *Programa de Atención al Envejecimiento*, México. Autor.
2. TUIRÁN, Rodolfo. 1999, Desafíos del envejecimiento demográfico en México, En: *Consejo Nacional de Población, El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, CONAPO, México, pp. 15-22.
3. DE LOS RÍOS, Rebecca. 1993, Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción, Elsa Gómez Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS, EUA, pp. 3-18.
4. ARBER, Sara; Jay Gin. 1996, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, España, Narcea, p. 271.
5. RODRÍGUEZ, Magda Rosa María. Presentación, *Debats*, núm. 76. Revista trimestral editada por Institució Alfons el Magnànim, Disponible en <http://www.alfonselmagnanim.com/debats/index.htm>
6. RITZER, George. 2002, *Teoría sociológica moderna*, España, Mc Graw Hill, p. 742.
7. BALTES, Margret; Hans-Werner Wahl. 1996, Patterns of Communication in Old Age: the Dependence-Support and Independence-Ignore Script, *Health Communication*. vol 8., núm. 3: 217-232.
8. TORRES, Sandra. 2002, Relational Values and Ideas regarding Successful Aging. *Journal of Comparative Family Studies*. vol 33., núm. 3: 417.
9. CASAS TORRES, Graciela. 2001, Necesidades de información y tendencias de autocuidado en población de tercera edad. Estudio cualitativo, *Higiene*. vol., III, núm. 1: 45-51.
10. CASAS TORRES, Op. Cit.
11. MOYA DE MADRIGAL, Ligia. 1990. *Patrones de utilización de los servicios médicos de las mujeres de edad mediana y edad avanzada en Costa Rica*, Organización Panamericana de la Salud, Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe, EUA, OPS y Asociación Americana de Personas Jubiladas, pp. 190-203.
12. BIALIK, Raquel. 1990, Perfil de la mujer anciana en México: estudio comparativo, En: Organización Panamericana de la Salud, *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*, EUA, OPS y Asociación Americana de Personas Jubiladas, pp. 261-272.
13. SAYAVEDRA HERRERÍAS, Gloria; Flores Hernández Eugenia. 1997, El enfermar de las mujeres, Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández (comp). *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, Red de Mujeres, México, pp. 141-179.
14. CUESTA-BENJUMEA, Carmen de la. 1999, Las mujeres y el manejo de un síntoma, *Salud Pública de México*, vol, 41, núm. 2: 124-129.
15. HURDLE, Donna. 2001, Social support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion, *Health and Social Work*. vol, 26, núm. 2: 72.
16. CUESTA DE BENJUMEA, Op. Cit.
17. GABBARD-ALLEY, Anne S. 1995, Health Communication and Gender: a Review and Critique, *Health Communication*, vol, 7, núm. 1: 35-55.
18. HAUG, Marie R. 1996, The Effects of Physician/Elder Patient Characteristics on Health Communication, *Health Communication*, vol, 8, núm. 3: 249-263.
19. KIRTLEY, Michelle D.; James B. Weaver. 1999, Exploring the Impact of Gender Role Self-Perception on Communication Style, *Women's Studies in Communication*, vol, 22, núm. 2:190.
20. GABBARD-ALLEY, Op. Cit.
21. HAUG, MARIE R., Op. Cit.