

ARTÍCULO

## EL IMAGINARIO SOCIAL DE LA ADULTA MAYOR EN LA ATENCIÓN A SU SALUD

Héctor A. Durán Gómez, Carlos Fonseca Hernández, Rafael A. Durán Gómez  
y Silvia Padilla Loredo

## El imaginario social de la adulta mayor en la atención a su salud

### Resumen

Conocer la percepción de la salud que tienen las adultas mayores, hace necesaria la evocación de sus recuerdos sobre la atención a la salud recibida en el transcurso de su vida. Estas remembranzas están ligadas a la manera como vivieron su infancia, su lugar de origen, la convivencia familiar y algunos determinantes sociales inmersos en su contexto social.

Este estudio es de tipo cualitativo y utiliza una metodología etnográfica denominada "Historias de vida", que describe los patrones de interacción de los miembros de un grupo cultural sociolingüísticamente similar, asumiendo que la comunicación verbal y no verbal son modeladas a través del imaginario social, aunque ellas no lo identifiquen como tal. El grupo fue de 6 mujeres adultas mayores, inmersas en el Programa de Atención a Población Vulnerable, que radican en el área de influencia del Centro de Salud de la colonia Santa Úrsula de la Delegación Coyoacán, al sur del Distrito Federal. La investigación se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2009. Se obtuvo como resultado un perfil heterogéneo en los orígenes de su atención, pero una gran coincidencia en el imaginario actual de su atención.

**Palabras clave:** adultas mayores, imaginario social y atención a la salud.

### The Social Imaginary older in health care

#### Abstract

Understand the perception of health that have the elderly requires the evocation of his memories of the health care received in the course of his life, which are linked to the way they lived their childhood, their place of origin, family life and some social determinants involved in their social context.

The study used qualitative and ethnographic methodology called Life Stories describing patterns of interaction between members of a cultural group similar sociolinguistic, assuming that the verbal and nonverbal communication are shaped through the social imaginary, but they do not identify it as such, the group was 6 elderly women immersed in the Program of Assistance to Vulnerable population located in the catchment area of the Health Center of the Santa Ursula in the south of Coyoacán Mexico City during the months of November and December 2009. Which resulted in a heterogeneous profile in its origins to its attention, but a great match in their imaginary current attention.

**Keywords:** Elderly, social imaginary and health care.

## Introducción

El presente artículo tiene por objetivo identificar el constructo imaginario social de las adultas mayores en la atención de su salud. Para esto se dará inicio con la premisa del concepto de imaginario social (IS), *"que parte del concepto de que los sujetos y las cosas son creaciones sociales, tanto en la forma general como particular y lo único que le pertenece al sujeto es su psique, misma que tampoco sería capaz de establecerse sin la violenta imposición que ejerce sobre ella el individuo como grupo, con predominio masculino"* (Castoriadis, 2006). Las personas modelan su existencia considerando sus propias vivencias, de acuerdo al marco que le ofrece la forma adecuada a la estructura elaborada en derredor del imaginario social en que está inmersa.

Este concepto lo estructura Taylor (2006), considerando el imaginario social como *"el modo en que las personas imaginan su existencia social, el tipo de relaciones que ocurren entre ellas, las expectativas que se cumplen habitualmente y las imágenes e ideas normativas más profundas que subyacen a estas expectativas"*. Es la manera en que define como quiere que se le trate, sin establecer reglas escritas. Es aceptar las restricciones, el pensamiento de otros, las actitudes, los gestos, más que las reglas sociales establecidas.

El imaginario se diferencia de la teoría social, en razón de que ésta establece definiciones y nomenclaturas para designar en base a la academia, y tarda en permear al colectivo, mientras que el primero es la expresión coloquial cotidiana, la forma de identificarse con su entorno social, la manera en que lo siente y como lo expresa a través de diferentes formas, como pueden ser las tradiciones, leyendas o imágenes.

El colectivo va moldeando formas y reglas no escritas, pero aceptadas o sobreentendidas, fundamentalmente con respeto y reciprocidad. Cuando alguien quiere manipularlo, simplemente el imaginario social lo deja correr. Tal es el caso de las campañas con expresiones de *"haz tu día familiar"* o *"si recibes llamadas de extorsión, cuelga y llama al 069"*. Como si les estuvieran enseñando algo nuevo o que no supieran, cuando la concepción colectiva ya está llevando a cabo acciones a través de sus propias tradiciones o sus experiencias. A pesar de que algunas concepciones de medios masivos logran permear al colectivo, éstas pueden ser incorporadas o sincretizadas de acuerdo a su manera habitual de entender su razón.

Lo anterior permite entender que el imaginario social no es estático, más bien filtra los conceptos circulantes e incorpora sólo los que le sean afines y útiles a su tradición,

independientemente que se considere o no necesariamente correcta. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, existe aun la idea de ella, en el sentido de que no se le ha dejado desarrollar sus potencialidades en los ámbitos en que está inmersa, ya que su rol se ha limitado y definido en el imaginario social, en el sentido de que su destino es ser ama de casa y debe dedicarse a la cocina, tener hijos, atender a éstos y al marido. Son definidas por frases, como “*una buena mujer es de la puerta para adentro de su casa*”, porque para afuera ya tiene otra categoría, la cual adopta una doble acepción en la medida que la mujer envejece. Si como mujer por género ya tenía estigma al pasar a otra categoría, por su edad es doblemente estigmatizada, pues no sólo es mujer, sino que además el perfil epidemiológico la encasilla en doble vulnerabilidad.

### **Perfil epidemiológico de la vejez**

En México el perfil epidemiológico (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2002) inició su transición más importante el siglo pasado, a partir de los años sesenta, a diferencia de los países industrializados o del primer mundo, los cuales ya la habían puesto en práctica al iniciar dicho periodo. La transición mexicana presentó peculiaridades específicas, mientras que en los países más avanzados la transición consistió en cambios en los estatus, de infecciosos transmisibles a procesos crónico degenerativos.

Si bien es cierto que se empezaron a detectar e incrementar las enfermedades crónicas, no por eso desaparecieron completamente las infectocontagiosas, cuyo decremento ha sido paulatino, pero sin que se hayan evitado por completo, particularmente debido a los determinantes sociales que afectan la salud, como la pobreza, la falta de servicios y el desempleo. Éstas son constantes reiterativas que inciden en la salud individual y colectiva, pues aunque se dé tratamiento específico para atacar el daño a la salud presentado en ese momento y este funcione, el sujeto regresa a su hábitat, en el que los determinantes de la salud lo vuelven a colocar en situación de indefensión. Como ejemplo podemos mencionar que cuando un vaso está sucio se lava y queda limpio, pero si vuelve a usarse se vuelve a ensuciar, reciclando el fenómeno.

Pero a pesar de seguir padeciendo las enfermedades infecciosas, las crónico-degenerativas se han ido posicionando como las de mayor incidencia y prevalencia en los índices de morbilidad y mortalidad dentro del contexto nacional y estatal. El área de influencia del centro de Salud de Santa Úrsula Coapa no es la excepción, circunstancia que acompaña a la transición demográfica, la cual viene incrementando la población adulta al verse mejorada la esperanza de vida, gracias a un mejor control de las enfermedades crónico-degenerativas, aunque este control sólo signifique un aumento en la longevidad, pero con un costo importante en la calidad de vida de los gerontos.

De acuerdo a las proyecciones de CONAPO (2002), ya había en nuestro país 8 millones de adultos mayores para 2000, considerando que las cohortes más grandes aparecieron entre 1940 y 1980, debido primeramente a las políticas para poblar el país, el control de la mortalidad por enfermedades transmisibles y al control de la morbilidad de las enfermedades crónicas.

Lo anterior modificó el panorama demográfico, incidiendo de una manera definitiva en la esperanza de vida, misma que ha ido en aumento, pasando de 34.9 años en 1930, a 74 años en 2002 y a 77 en promedio actualmente, pero con mayor prevalencia para las mujeres con más de 80 años en su sobrevivencia (CONAPO 2002).

Estas modificaciones no son exclusivamente debidas a los fenómenos referidos. También se deben considerar las políticas de planificación familiar, las cuales se empiezan a aplicar al observar el crecimiento de la población, por lo que se abocaron a buscar un equilibrio, ya que en 1962, de acuerdo al CONAPO (2002), se alcanzó el máximo histórico en las tasas de fecundidad, cuando las familias tenían 7.26 hijos por pareja. Al implantarse las políticas para regular el número de nacimientos, se pudo lograr que actualmente la tasa global de fecundidad sea de 2.27 hijos por mujer.

Sin embargo, las circunstancias están dadas para el incremento en el envejecimiento de la población, ya que las cohortes más numerosas de los años sesenta comenzarán a ser viejas o mayores de 60 años a partir del año 2020 y esto se detendrá hasta después del 2050, cuando se espera que comience a darse un equilibrio en todas las cohortes de la población.

## **El Rol Social de los Viejos**

Los estudios para comprender este doble fenómeno del envejecimiento y los estigmas de género hacia la mujer adulta mayor, llegan a un proceso más extremo, al quedar clasificada en el sótano de la escala andrógina.

Los estudios sobre el envejecimiento han tomado un auge en este siglo, por el cambio del perfil epidemiológico y demográfico, viéndose acentuado en México y toda la región latinoamericana, como lo muestra la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), con características particulares como el saber que:

*en América Latina la población está envejeciendo a un ritmo no observado en el mundo desarrollado, y la evaluación del problema de salud y discapacidad indican que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes de países desarrollados; además las redes familiares están cambiando rápidamente y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional (Albala C, 2005).*

El estudio en cuestión utilizó variables descriptivas convencionales de tipo cuantitativo, como

son la edad, el estado civil y la fuerza del trabajo, como elementos objetivo medibles, pero también utilizó variables subjetivas, como el conocimiento del estado de salud declarado, con cuatro ítems de respuesta, en escalas de muy bueno a malo, en donde la subjetividad es sin duda tangible.

### **La concepción de la vejez**

Para su estudio la vejez (d'Hyver, 2006) presenta dos grandes facetas, enmarcadas en dos ciencias la gerontología y la geriatría. La primera es entendida como el proceso fisiológico de la senectud, que corresponde al proceso de involución tisular, es decir, la etapa en que los tejidos, órganos y sistemas van limitando su capacidad de regeneración, como lo hacían en etapas anteriores. Como ejemplo, el sistema óseo tarda más tiempo en regenerar o curar una fractura y en muchas ocasiones ya no existe esa posibilidad, como en etapas anteriores, particularmente en la infancia y el juventud, cuando los procesos tardan menos de 45 días.

Existen datos clínicos observables (Rodríguez, R. 2002) que identifican a las personas gerontológicas a través de cambios en la piel, que se hace laxa; pierde elasticidad y se arruga; se mancha en algunos casos y adelgaza; la constitución corporal y las funciones corporales se modifican; muestra una pérdida de la masa magra de músculos y los huesos se descalcifican; se modifica la estructura ósea y disminuyen las áreas de cartílagos articulares, y se descompensan las áreas de unión. En la esfera mental hay cambios psicológicos en el carácter, la actitud, la disposición; disminuye la capacidad de respuesta, de evocación, de identificación y hasta hay pérdida de la memoria; endurecen las arterias, y se presentan limitaciones funcionales en el intestino. Estas alteraciones inciden en las enfermedades crónico-degenerativas y pasan a ser materia del segundo postulado que a continuación mencionamos.

La geriatría es la rama especializada de la medicina que se encarga de atender las enfermedades que padecen los viejitos en toda su gama, particularmente las crónico degenerativas, las cuales son las más representativas durante esa etapa de la vida.

### **La mujer adulta mayor**

La exclusión de la mujer es patognomónica de las sociedades machistas. A esto se pueden agregar los problemas causados por las determinantes sociales de las enfermedades, como son la pobreza y el abandono, por mencionar algunos. A esto hay que sumar el porqué este grupo etario no sólo se siente triste, sino que además se cree una carga para su familia y para la sociedad.

La mujer padece el abandono familiar o síndrome de nido vacío. Desde que los hijos se casan y al cabo de un tiempo, por el fallecimiento de su pareja, que en términos generales vive menos

que la mujer, la viuda queda con una gran preocupación, ya que en la mayor parte de la cohorte que está vigente, la mujer tiene una dependencia casi absoluta de los ingresos de su marido proveedor. Al no estar éste, la mujer queda sin recursos económicos: no tendrá los ingresos que le permitan vivir sin penurias, como cuando vivían los dos juntos.

Aunque en ocasiones alguno de los hijos se hace cargo de la viuda, en otras la circunstancia es diferente, ya que en este caso la mujer adulta mayor no sólo tiene la preocupación de mantenerse a sí misma, sino que ahora se agrega la inquietud por los hijos desempleados o las hijas abandonadas con varios hijos que atender y mantener.

*La mujer ha sido tradicionalmente considerada y comisionada a las actividades del hogar y la socialización de la familia, encargada de transmitir los valores de la sociedad, que no son otros que los valores impuestos por las instituciones, mismas que han sido creadas a imagen, semejanza y necesidad de los hombres, en donde las leyes, códigos, decretos y demás mecanismos de control se adaptan a las circunstancias de quienes detentan el poder, ya que afectan al mismo hombre que no se encuentra en ese estrato, donde además se encuentra marginado por razas, colores, preferencias sexuales y cualquier otro rasgo que no sea compatible con la propuesta institucional establecida (Fonseca, C. 2008).*

Esta propuesta institucional es creada por el imaginario social y además reproducida de generación en generación, de diferentes maneras, teniendo la mujer el rol tradicional de transmitir los valores de la sociedad. Es la principal educadora en la materia.

Algunos autores se refieren a esta situación de la mujer y hasta la llegan a considerar como una tradición. El Doctor Fonseca expresa que "*este posicionamiento de subordinación de la sociedad a las instituciones, es un rasgo de violencia*" (Fonseca, C. 2008), entendida como el producto de las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como las desigualdades sociales, motivos que explican porqué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia.

*No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, las personas con opciones sexuales diferentes, los indígenas, los ancianos y en lugar último las ancianas, sean más vulnerables a la violencia por su propia condición, debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad y que se reproducen a través de la ideología de las instituciones, volviéndose más vulnerables a los abusos del poder y por tanto más expuestos a la violencia" (Secretaría de Salud, 2004).*

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA 1-1999, identifica como grupos vulnerables "*a las niñas, niños, adolescentes mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante,*

8 -xx

*o en desventaja física, económica o cultural*". Las adultas mayores están inmersas en esta definición, aunque ellas no lo sepan.

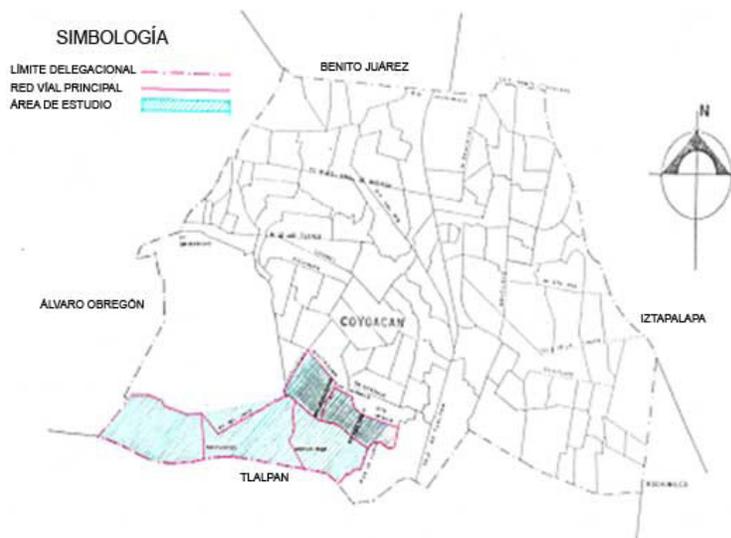
Particularmente, la violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado (OEA, Convención Belém do Pará., 1994). Muchas ancianas reúnen varios de los elementos referidos, que las enmarcan en esta definición.

En esa misma convención se establece que *"la violencia contra las mujeres es consecuencia del orden de género que se establece en la sociedad, orden socialmente construido que determina una jerarquía y poder distintos para ambos sexos"*. Según ese poder las mujeres se encuentran en una posición subordinada frente a los hombres, los que a su vez ejercen dominación sobre ellas de distintas formas, siendo la violencia una manifestación de ese poder. Este orden es avalado y mantenido por el conjunto de la sociedad, a través de las costumbres, leyes e instituciones. La discriminación y la violencia hacia las mujeres son aceptadas socialmente.

## **Material y Métodos**

Los estudios de grandes conglomerados permiten identificar aspectos generales de una población, pero no ofrecen los detalles particulares de las personas adultas mayores, mucho menos hacen referencia al género. De ahí la necesidad de considerar la realización de estudios cualitativos que se acerquen al análisis de aspectos culturales, tales como ceremoniales, lenguaje, formas de organizar y percibir su cosmogonía, estructura familiar o forma de entender la política desde su particular concepción.

Por lo anterior aquí se analiza el discurso de 6 adultas mayores, como un ejemplo del seguimiento de los imaginarios sociales que viven en la colonia Santa Úrsula de la delegación de Coyoacán, en la Ciudad de México, que permiten acercarse al autoconcepto que tienen de sí mismas, en función del imaginario que hay en el entorno en que viven, especialmente en lo relacionado con la atención médica que recibieron en el servicio domiciliario, proporcionado por la Secretaría de Salud, a través del centro de Salud T-II Santa Úrsula, durante 2009. En la tabla 1 se observa el croquis de localización del área de trabajo.



**Tabla 1.** Croquis de localización del área de trabajo

Se muestra el imaginario social de su infancia y cómo conciben la atención domiciliaria, concretamente en lo referente a la adherencia a los tratamientos y la confianza que les genera ese acercamiento.

Para documentar esta información ha sido necesario trabajar en campo, en el lugar de residencia de las interlocutoras, pues cada una de ellas tiene su manera de entender y percibir su cosmogonía, en la que la cultura se organiza en categorías relacionadas, en las que asumen que el conocimiento cultural del grupo se refleja en el lenguaje, en su expresión, en la gesticulación y el contexto del momento.

Para realizar el estudio se utilizó un método cualitativo enmarcado dentro de la etnografía, la cual presenta múltiples alternativas, entre las que se encuentra la aproximación biográfica, que recoge los testimonios de los actores en sus propias palabras.

### **Aproximación Biográfica**

El enfoque biográfico permite conciliar la observación con la reflexión, mostrando una variedad de orientaciones teóricas que van de la unidad a la diversidad. Las categorías de análisis aparecen como indicadores específicos de nuevas hipótesis. La idea fundamental de realizar estas aproximaciones biográficas, es buscar elementos particulares en el IS de las personas adultas mayores, que conduzcan a ampliar los vacíos sociales, que no se contemplan en las historias clínicas de las diferentes unidades médicas que conforman el sistema de salud. Pero particularmente el propósito es identificar, en el seno mismo de los hogares que habitan los adultos mayores, los detalles de su vida que no son observados por ellos, aparentemente, ya que aunque los tengan guardados en su subconsciente y al momento de observarlos o descubrirlos con ellos sean capaces de decir que siempre han estado ahí, también manifiestan

que nunca les habían puesto atención o que nunca les habían afectado.

La aproximación biográfica ofreció la posibilidad de entrar en los complejos interiores individuales de sus imaginarios sociales, expresados en los prototipos de su comportamiento y presentados en los siguientes:

## Resultados

### Caso # 1.Nombre: ISM.

Femenina de 75 años oriunda del Distrito Federal.

*La señora refiere: Nací en un hogar con mis padres, lo que recuerdo es que mi padre era muy desobligado, tomaba mucho y golpeaba seguido a mi mamá, me asustaba cada vez que llegaba a la casa borracho, discutía con mi mamá y terminaba golpeándola, a nosotros (a ella y a sus hermanos). Mi mamá nos protegía y era cuando mi padre se tranquilizaba y mejor se iba, nunca fui a la escuela, aprendí a leer ya de grande.*

*Mi madre murió después que nació mi tercer hermano, como a los 35 años, se preocupaba mucho porque sabía que iba a morir y no sabía quién se iba a hacer cargo de mí y de mis hermanos, aparentemente después que una tía le dijo que ella se haría cargo de nosotros falleció, no sin antes entregarle a mi hermano menor a su comadre, madrina del niño.*

*Falleció cuando mi hermanito tenía 9 meses. Mi padre nos siguió manteniendo y mi tía nunca se hizo cargo de nosotros. Al poco tiempo que murió mi padre desapareció, yo tenía 12 años y me puse a trabajar para darles de comer a mis hermanos.*

*Mientras yo trabajaba, mi abuela paterna cuidaba a mis hermanos, me junté a los 16 años y seguí viendo a mis hermanos, tuve 8 hijos y no tuve mejor suerte que mi mamá, pues mi marido también tomaba mucho, trabajaba en la industria de la construcción, me celaba mucho, me golpeaba frecuentemente, no me atreví nunca a dejarlo por tener tantos hijos.*

*Trabajaba frecuentemente fueras de la ciudad, casi nunca me mandaba dinero, por lo que tuve que trabajar en casas, mi marido regresaba allá de vez en cuando, murió porque se suicidó, era esquizofrénico, estuvo deprimido un año y se mató de un balazo.*

*Creo que la vida de las mujeres es así, nunca pensé cómo sería mi vida de vieja, tampoco nunca pensé llegar a esta edad, ya que mi abuela materna y mi madre murieron jóvenes.*

*Creo que es mejor morir joven, pues yo sufro mucho con la presión alta, con las varices pero principalmente con la diabetes, que ya me está dejando ciega, lo que me limita mucho mis actividades; además que de mis ocho hijos, aunque todos viven sólo una me ve y es con la que*

*vivo, dos viven en Estados Unidos, de repente me hablan y cuando les pido ayuda, me dicen que por eso no me quieren hablar, porque sólo les pido dinero.*

*Otros dos viven en Guadalajara, dos más aquí en el Distrito, pero nunca me visitan y de plano ni se acuerdan de mí. La hija con la que vivo está enferma de los nervios y me da lo que tiene, su esposo es buena persona, es taxista y nos procura sin distinción.*

## **Caso #2. Nombre GLM.**

*Femenina de 75 y relata..."No conocí a mis abuelos, así es que no sé si vivieron mejor o peor, pero yo creo que peor, pues yo de que me acuerde trabajo desde chiquilla, porque mi mamá nos mandaba a trabajar, ella también trabajaba en una casa, vivíamos en rancho, en el Estado de Puebla, sin luz, sin agua, para hacer comida teníamos que acarrear troncos para prender la lumbre, también el agua la acarreábamos de muy lejos".*

*Continúa narrando "Dicen que nací de madre soltera, pero no es cierto, porque yo conocí a mi papá que murió empiojado al igual que mi mamá de tifo, los dos murieron jóvenes antes de los treinta años, pero a esa edad ya yo tenía siete hermanos".*

*Antes que falleciera mi madre, yo sólo la veía por las tardes que llegaba muy cansada y llegaba a moler en metate el nixtamal que nosotros ya habíamos desgranado y echaba tortillas al comal.*

*Mi mamá era muy estricta, me mandaba a trabajar pero no a la escuela, yo no sé leer, yo me vine de mi pueblo a los 13 años para trabajar en México pues una amiga me dijo que aquí podría ganarme la vida y empecé a ganarme mis centavitos.*

*Con mi primer esposo tuve siete hijos, vivo con tres de ellos, tres se fueron a Estados Unidos y uno que se preocupaba por mí, que me mandaba dinero se fue al cielo y me siento muy triste lo extraño mucho.*

*Los hijos que tengo aquí, con los que vivo, se desviven por atenderme, pero yo necesito al que se murió. Hace un tiempo me detectaron cáncer en la matriz y me hicieron una operación, pero al parecer ya volvió a aparecer y voy a tener que ir de nuevo a cirugía, no me importa mucho qué pueda pasar, total ya he sufrido mucho.*

*Con lo que me dice, que cómo era mejor la vida si antes o ahora, yo creo que ahora, porque vivo con mis hijos, no con todos pues, pero tengo mi casa, con luz, agua y estufa de gas, lo que antes sufríamos por vivir pobres en el rancho.*

*Ahora que conocí a mi pareja con la que vivo, la conocí en la iglesia a la que me cambié, o sea*

*de católica a los cristianos, porque no andan en fiestas y no gastan en ofrendas.*

### **Caso # 3. Nombre MRC.**

*Yo nací en el Estado de Hidalgo hace 70 años, mi madre tuvo 4 hijos yo fui la cuarta, no recuerdo nada de mi papá, pero sí recuerdo que tenía mis dos abuelas, las dos eran muy buenas personas, calladas pero cariñosas con todo sus nietos, mi madre era muy trabajadora, vendía pulque, ella tenía todo, viajaba mucho, pero murió joven de un ataque al corazón.*

*Yo creo que antes la vida era más pesada, para ir a algún lado lo pensaban pues había que hacer jornadas a pie de hasta un día de camino, en el mejor de los casos iban en burro, pero también era cansado.*

*También era aburrido, pues para la tarde ya no había mucho qué hacer y conforme oscurecía se acostaban temprano, pues no había luz (energía eléctrica).*

*Yo me vine a México con una madrina a ayudarle a limpiar su casa, me trataba bien, me daba de comer, me dejaba oír el radio, me gustaban mucho las comedias y me asustaba una que se llamaba “el ataúd del vampiro”, que eran puras historias de terror.*

*Conocí a mi novio a los 18 años y me case con él, era un hombre bueno, me trataba con mucho cariño, tuve una vida agradable porque tenía todo lo que no tenía en mi pueblo.*

*Después que me casé nunca tuve necesidad de trabajar, le agradezco a mi esposo que me procuraba y a mis hijos, me dejó tres cuartos que rento y con ello me sostengo, además que mis hijos (cuatro) viven conmigo y velan por mí, ya que soy diabética e hipertensa y he sufrido 4 infartos, por lo que no me dejan hacer nada. Definitivamente la vida era más pesada, ahora sí no ha sido por los médicos yo ya estuviera muerta.*

### **CASO # 4. Nombre: RLR.**

Femenina de 78 años de edad, proveniente del estado de Coahuila, de la Ciudad de Parras, la cual emigró a la ciudad de México a la edad de 22 años por motivos de trabajo, es de profesión enfermera y nos comenta *definitivamente vivía mejor allá, mi madre murió de cáncer en la matriz a los 50 años, cuando yo tenía 12 años de edad, tuve 4 hermanos y al morir mi mamá nos crió mi hermana mayor y dizque una tía.*

*Cuando uno es joven no piensa cómo va a ser de vieja, pero por eso estudié enfermería para no morir como mi mamá, pues antes las personas se morían más jóvenes y ahora que estoy vieja pues, aunque vivo más tiempo también tengo más achaques, me duelen mucho los huesos principalmente las rodillas, hay veces que no me dejan caminar y me levanto y les digo*

*pues adelante porque tengo cosas que hacer.*

*Casi cuando llegué a México viví con una tía, pero pues me aceptó haciéndome el favor y me case a los 2 años de radicarme aquí, trabajé muy poco tiempo, mi esposo es policía y aunque nunca me pegó, nunca me trató bien, me humillaba, me aventaba las cosas, yo veo que así es inclusive con sus hermanas que lo vienen a cuidar, pues por lo de su pierna que se la amputaron, les tiene más confianza, pero ya tampoco quieren venir, porque también las maltrata y ellas dicen que siempre ha sido igual, ellas me entienden y me dicen que no le haga caso, pero que debo cumplir mis obligaciones con él.*

*Tengo, o más tuve 5 hijos, una falleció trabajaba en la marina y me dejó una pensión, con eso y con lo de la ayuda del gobierno me sostengo, porque, él no me da dinero, mis otros hijos aquí viven y todos me ayudan, no conocí a mis abuelas, creo que murieron jóvenes.*

*Cuando usted nos visita y plática con mi esposo, él está más tranquilo un tiempo, pero después se le olvida y comienza a maldecir, ya no lo aguanto. Espero en Dios que se muera o que me muera yo.*

#### **Caso # 5. Nombre RRS.**

*Femenina de 73 años originaria del estado de Oaxaca, se casó joven y pues como allá éramos muy pobres, pues nos venimos para acá, yo tenía 20 años y mi esposo 22 años de edad.*

*Soy hija de madre soltera de 3 hermanos, mi madre siempre trabajó para mantenernos, pero casi no la veía porque trabajaba en el campo, pero era de mucho carácter y a pesar de que murió grande (a los 91 años) nunca enseñó sus dolencias, nunca se quejó pues, murió de viejita y hasta el último día de su vida trabajó.*

*Cuando llegamos a México batallamos un tiempo, pero luego que mi esposo encontró trabajo, rentamos un cuartito y al poco tiempo empecé a tener a mis hijos, ellos siempre han estado cerca de mí y me atienden cuando no está su papá, yo empecé con esto del Parkinson hacer como 30 años y siempre me he atendido.*

*La vida era más difícil antes y más en los pueblos, yo me acuerdo que había veces que no nos dejaban salir porque había la epidemia que de viruela y del tifo y de otras enfermedades y como mi mamá no nos dejaba salir, pues yo creo que por eso no nos enfermamos, si no ya estuviéramos muertas y no le estaría platicando mi vida, la cual estuvo muy bien, hasta que no tuve esta enfermedad de la tembladera, y aunque con la dopa y el biperiden me tranquilizan, ya me están afectando el equilibrio y me he caído dos veces en lo que va del mes, me gusta que me visiten los nietos, pero no sé si cargue los peregrinos este año.*

*De mis abuelas yo creo que ni las conocí, no sé si vivían mejor o peor, yo creo que peor, pues en los pueblos se sufre mucho, porque no hay todo lo que hay aquí, el mercado cerca, con verduras y todo para lo que uno tiene que preparar, yo le doy gracias a Dios por permitirme estar aquí, pero ya me canso muy fácilmente.*

#### **Caso # 6. Nombre SBC.**

Femenina de 66 años, originaria del Distrito Federal, aunque de padres de Yucatán, dice: *yo nací en Portales, allá por la calle Odesa, nunca pasé de primer año, lo curse cinco veces.*

*Mi mamá murió de 67 años, no supe de qué, era muy corta, no se si es que era porque mi papá era muy exigente y ella siempre estaba pendiente a sus indicaciones.*

*De mis abuelas me acuerdo que eran cariñosas y murieron grandes las dos como a los 85 años, las íbamos a visitar a Mérida, creo que fuimos dos veces, sólo supe que se murieron un día que pregunté.*

*Me casé joven y tuve cinco hijos, pero me divorcié a los 49 años pues me trataba mal y además me puso los cuernos, por lo que cuando puse mi demanda de divorcio no me quiso dar la mitad de la casa y me dio este departamento y me sigue dando mi gasto, mi marido vive aquí abajo, vivimos juntos pero no revueltos, cada quien en su departamento.*

*Aún y que tomé la decisión ya grande creó que fue la mejor, ahora hago lo que quiero, voy a donde se me da la gana, me da tiempo todos los días de ir hacer mis aerobics y estoy en mi peso.*

*A donde voy a hacer ejercicio van muchas señoras, pero no todas tienen la misma libertad, los maridos las celan, éste también de repente, pero ya no tiene vela en el entierro.*

*“Yo creo que ahora se vive mejor si uno se cuida, pero cada vez hay más peligros, más asaltos, ya no está en uno el estar bien, antes no se preocupaban las mamás por estos problemas, yo creo que nos tenían, se preocupaban por cuidar su casa y hasta ahí, pero no tenían las comodidades que hay hoy, todo es relativo, nunca estamos a gusto”.*

#### **Discusión**

Con relación a la percepción de la atención recibida en los servicios domiciliarios de salud, las mujeres adultas mayores de Santa Úrsula consideran que hay un abismo entre su imaginario social de su infancia y la forma en que valoran ahora su atención en el programa de extensión domiciliaria a la tercera edad, ya que reciben no sólo la atención médica, sino también una valoración geriátrica integral, que consiste en una batería de *ítems* que definen el grado de

independencia del sujeto, su capacidad de autosuficiencia, el grado de ambular libremente por escalas *ex profeso*, su coeficiente intelectual.

La atención recibida se complementa con la entrega de medicamentos en su domicilio o la elaboración de una hoja de referencia para atención especializada en alguna unidad hospitalaria.

Una discusión metodológica adicional, se presenta en la forma de "medir" las enfermedades y sus niveles para el adulto mayor en general. Actualmente, existe una valoración geriátrica por parte de las autoridades, la cual genera resultados importantes, pero de tipo más bien cuantitativo. La investigación generada aquí, puede dar perspectivas distintas para considerar algunos aspectos de tipo cualitativo. Tales como su condición familiar, tradiciones, etcétera.

## Conclusiones

Las similitudes, diferencias y consideraciones finales en torno a las mujeres entrevistadas, están en la sexta década y las restantes, en la séptima. Todas son de regiones del país como Oaxaca, Puebla, Coahuila, Hidalgo y el Distrito Federal, con excepción de dos (tabla 2).

	<i>Origen</i>	<i>sexo</i>	<i>edad</i>	<i>Atención inicial</i>	<i>Atención actual</i>	<i>IMAGINARIO SOCIAL de la Atención Médica recibida</i>
ISM	D.F.	F	75	CURANDERO	MEDICO	<i>Aceptación inicial divina de su estado de salud, modificada al contacto con los servicios públicos</i>
GLM	D.F.	F	73	CURANDERO	MEDICO	<i>Idea mágica de la enfermedad, aceptación paulatina, pero sincrética de la medicina.</i>
MRC	HIDALGO	F	78	MEDICO	MEDICO	<i>Herbolaria Medicina tradicional, con reservas acepta alopátia</i>
MTF	Coahuila	F	78	CURANDERO	MEDICO	<i>Aceptación inicial divina de su estado de salud, modificada al contacto con los servicios públicos</i>
RRC	D.F.	F	73	CURANDERO	MEDICO	<i>Idea mágica de la enfermedad, aceptación paulatina, pero sincrética de la medicina.</i>
SBC	Oaxaca	F	66	MEDICO	MEDICO	<i>Herbolaria Medicina tradicional, con reservas acepta alopátia</i>

**Tabla2.** Imaginario Social de la Atención Médica recibida. Diciembre de 2009 en Santa Úrsula Coapa, México Distrito Federal.

Tales entidades se caracterizan por un alto grado de pobreza, lo que hace que estas mujeres hayan tenido en su vida altos márgenes de vulnerabilidad. Este fenómeno se intensifica por su condición de edad y género. Las otras cuatro refieren atención por curanderos en su primera

infancia y actualmente todas aceptan la medicina alópata, pero sin desterrar las posibilidades de la herbolaria, centrada en acepciones mágico misteriosas y medicina tradicional. En todos los casos el aspecto socio afectivo resulta crucial, tanto para el cuidado de su salud como para la adhesión a los medicamentos. El estudio no es extensivo a otro tipo de grupos, pero sí define a las personas entrevistadas en los parámetros expresados, porque se puede observar que la atención personalizada y en su domicilio aumenta su autoestima, modificando el imaginario de sí mismas y el auto cuidado, aceptando de buena gana las instrucciones de la medicina alópata.

## **Bibliografía**

Albala C, L. M.-C. (2005) **Encuesta Salud, bienestar y Envejecimiento (SABE)**: metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Revista Panam Salud Pública. 2005 , 307-22.

Castoriadis, C. (2006) **Una sociedad a la deriva**. Buenos Aires. Katz editores.

Consejo Nacional de Población. (2002). **La situación demográfica de México**. México: Consejo Nacional de Población.

D'Hyver, c. (2006) **Geriatría**. México: Manual moderno.

Fonseca, C. M. L. (2008) **Temas emergentes en los estudios de género**. México: Miguel Angel Porrúa.

OEA. Convencion Belém do Pará. (1994). **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer**. Belém: OEA.

Rodriguez, R. J. M. (2002) Geriatría. México: McGraw-Hill Interamericana.

Secretaria de Salud. (2004) **Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual (operación)**. México: Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

Taylor, C. (2006) **Imaginarios sociales modernos**. Barcelona. Paidós.