



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA

**“ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y APOYOS SOCIALES DE LA
POBLACIÓN ENVEJECIDA DEL VALLE DE MÉXICO. FORMAS DE
ACTUACIÓN Y PERCEPCIÓN EN TORNO A LA EMERGENCIA
SANITARIA POR COVID-19.”**

**ARTÍCULO ESPECIALIZADO PARA PUBLICAR EN
REVISTA INDIZADA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A

Luis Francisco Hernández Ortiz

DIRECTORA DEL ARTÍCULO
DRA. ZORAIDA RONZÓN HERNÁNDEZ

COASESOR
MTRO. ANDRÉS MÉNDEZ PALACIOS MACEDO



TOLUCA, MÉXICO, AGOSTO DE 2024

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Material y métodos.....	10
Resultados.	12
Y entonces...llegó la pandemia	13

Resumen

A partir de la emergencia sanitaria desatada por COVID-19, las restricciones en el tránsito y el espacio público, involucraron, para toda la población, diversos retos para satisfacer sus necesidades básicas. Para las personas mayores en el Valle de México, los retos del confinamiento fueron excesivos, ya que la ausencia de una política de Estado para el cuidado, la falta de redes de cuidadores y las desigualdades en la distribución del acceso público a los servicios de salud, limitaron las posibilidades de solventar sus necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención, relacionadas principalmente con la alimentación, el cuidado de la salud, el apoyo emocional y las prácticas de ocio y recreación. Este escrito se propuso identificar, a través de una investigación cualitativa, con perspectiva fenomenológica, y la utilización de técnicas que privilegiaran la experiencia misma de las personas como las entrevistas abiertas y la observación, las diferentes redes de apoyos que la población de más de 60 años de edad ha tenido que generar a partir de la emergencia sanitaria para satisfacer sus necesidades básicas primarias, teniendo a los cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeron no solo a mantenerse alejados del espacio público, sino también para atender sus necesidades en salud, así como la re-construcción de redes sociales.

Palabras clave: Personas Mayores, proceso salud-enfermedad-atención, COVID-19, redes y apoyos sociales.

Care strategies and social supports for the aging population of the Valley of Mexico. Forms of action and perception regarding the COVID-19 health emergency.

Summary

Since the health emergency unleashed by COVID-19, restrictions on traffic and public spaces involved, for the entire population, various challenges to satisfy their basic needs. For older people in the Valley of Mexico, the challenges of confinement were excessive, given the absence of a State policy for care, the lack of networks of caregivers and inequalities in the distribution of public access to health services, limited the possibilities of solving their needs in the health-illness-care process, mainly related to food, health care, emotional support and

leisure and recreation practices. This paper aimed to identify, through qualitative research, with a phenomenological perspective, and the use of techniques that privilege the experience of people such as open interviews and observation, the different support networks that the population over 60 years of age has had to generate from the health emergency to satisfy their primary basic needs, taking care as the means to obtain resources and/or support for basic instrumental needs and that contributed not only to staying away from public spaces , but also to attend to their health needs, as well as the re-construction of social networks.

Keywords: Older People, health-illness-care process, COVID-19, social networks and supports.

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 24 de abril de 2024

Introducción

El crecimiento demográfico que vive el país se ve acentuado, sobre todo, en las grandes metrópolis de la nación y por lo tanto, las crisis que afectan a la población como la sanitaria más reciente, se concentra en el Valle de México, de ahí que este trabajo se desarrolla en esta zona del país, dado que entre el Estado de México y la Ciudad de México, durante los dos primeros años de la pandemia acumularon el 43% del total de casos confirmados a COVID-19¹. Por lo que tanto desde la perspectiva demográfica como de los estudios antropológicos, se necesita la observación de esta área geográfica como principal centro territorial de la emergencia sanitaria, con el objetivo de registrar y analizar las diferentes formas de percibir esta nueva enfermedad y por consiguiente, de actuar ante ella. A este contexto, falta agregar que México se encuentra en un procesos de envejecimiento demográfico, para el 2020 había 15,142,976 personas de más de 60 años en el país, lo que representó el 12 por ciento de los 126,014,024 totales en el país (Ronzón, Jardón y Méndez, 2021), evidenciando la necesidad de realizar estudios en torno a este sector poblacional.

¹ Dato obtenido de coronavirus.gob.mx/datos/ consulta 26 de abril de 2023.

Este trabajo buscó analizar las diferentes redes de cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeran a mantenerse alejados del espacio público, identificando si las redes sociales con las que las personas mayores eran sólidas antes de la crisis sanitaria o si es a partir de una situación de emergencia que las personas mayores consideraron necesaria la construcción de nuevas redes que les hicieran llegar materias primas para su alimentación y/o los medicamentos necesarios para atender sus patologías, además de que sus servicios fueran satisfechos.

En cuanto a la búsqueda de evidenciar si las estrategias de cuidado contribuyeron o no a la salud en su máxima expresión, es decir biopsicosocial (partiendo del concepto de salud de la OMS, entendiéndose como el bienestar social, mental y de salud), se analizó la manera en que las personas mayores y familiares, conciben el aislamiento social y la manera en que afectada la salud integral.

Así, el presente trabajo partió de las preguntas:

- ¿Cuáles son los principales cambios, que la población envejecida identifica dentro de la vida cotidiana ante la emergencia sanitaria?
- ¿Cómo las personas mayores han hecho para tener al alcance los recursos para la satisfacción de sus necesidades más básicas en la etapa de confinamiento?
- ¿Cuáles son las redes que tienen para cubrir dichas necesidades? ¿Han construido nuevas y de qué manera?

La conurbación de la Ciudad de México con 27 municipios del Estado de México (dependiendo del criterio de inclusión, hay instancias que hablan de hasta 50 municipios conurbados), resulta ser en este caso, el elemento trascendental para la crisis sanitaria en el país, y por consecuencia del agravamiento de la pandemia en las zonas metropolitanas, por lo que se mostró como el principal centro de desarrollo de la epidemia a nivel nacional, pues para el 2020 la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) contaba con una población total de 21 436 911 personas (Gobierno de México, 2024), lo que pone al sector envejecido en una situación de vulnerabilidad demográfica.

Ahora bien, en torno la distinción por lugar de residencia se encuentran dos variables indispensables para poder hablar de vejez: por un lado, la familia y por el otro a la seguridad social.

Para este trabajo se entiende por familia al conjunto de personas que se reconocen entre sí como miembros del mismo grupo, ya sea que compartan o no lazos consanguíneos y sin importar si comparten un espacio físico (hogar), y se entiende como grupo de coresidencia a las personas que cohabitan bajo un mismo techo (Ronzón, 2003).

En cuanto a la seguridad social, se parte de lo que Laurel sostiene sobre la integralidad del sistema que “debe proporcionar un conjunto de beneficios y servicios sociales lo suficientemente amplio como para garantizar condiciones de vida razonables y el desarrollo pleno de los seres humanos» (Laurel, 1997:52).

Estos dos elementos pueden hacer que la vejez sea o no considerada como una etapa estable en cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas elementales entre las cuales encontramos la alimentación, el vestido y la salud.

Así, desde los estudios sociales, es imprescindible estudiar al grupo etario de personas de 60 años y más, desde la perspectiva de la sociedad global en la que se encuentra integrado. La penetración de los medios de comunicación social en el ámbito personal y familiar, las nuevas funciones del espacio, de carácter de ocio, lúdico, recreativo, industrial, la movilidad de la población, la modificación de las relaciones interpersonales, el crecimiento de los intercambios comerciales y mercantiles y la posibilidad de acceso, a partir de la última década, a redes de información, está modificando las costumbres y expectativas de las personas mayores ante un contexto global de pandemia que incide en todas y cada una de las variables antes mencionadas.

Bajo la realidad arriba expuesta, la propuesta se encamina al estudio y análisis de las diferentes estrategias y acciones de la sociedad en general a la satisfacción de las necesidades básicas de cuidados de las personas mayores de 60 años de edad que contribuyen a la disminución del estado de vulnerabilidad en que se encuentran por el hecho de que el virus resultó tener una alta letalidad en este grupo poblacional, lo que recae directamente, en los recursos de los sistemas de salud mexicano, y así, en el resto de los grupos etarios lo cual fue evidente durante el primer año de la pandemia², pues la “vulnerabilidad demográfica se refiere a los riesgos, debilidades o desventajas que enfrentan comunidades, hogares y personas a raíz de la intervención de factores (tendencias, características, conductas) de origen demográfico” (Aranibar, 2001: 37), y esos riesgos llevan a la desprotección. Luego entonces, se parte de entender el cuidado como una acción social que busca la supervivencia social y orgánica de las personas “con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria” (Huenchuan, 2009:167), y donde además, son tres las instituciones que intervienen en los cuidados: la familia, el Estado y la Comunidad (Huenchuan, 2009, citado en Ronzón et al; 2021: 218).

Ahora bien, resulta trascendental hacer hincapié que la letalidad del COVID-19 tiene mayor impacto en las personas mayores de 60 años de edad, y que esto no fue particularidad de nuestro país, pues en el comportamiento de la enfermedad “desde el comienzo de la pandemia, las personas con una edad avanzada se han identificado como un factor de riesgo importante para la gravedad de la enfermedad y tasas crecientes de mortalidad. Esto puede ser consecuencia de un peor estado de salud previo, una mayor prevalencia de comorbilidades preexistentes y un mayor grado de fragilidad” (SSA,2023; p.86), pero en definitiva este grupo etario ha debido observarse de manera puntual, por lo que las acciones de cuidados y prevención deben ser prioridad en este sector de la población. Sin embargo, ante la emergencia sanitaria, el Estado no pudo ser garante de que la población cumpliera con las recomendaciones de confinamiento y aislamiento social, siendo la sociedad misma quien

² Para el último trimestre del 2020 se confirmaba que la letalidad aumenta con la edad, de manera a partir de los 50 años, la letalidad superaba la cifra nacional (9%) y las más altas se registraron a partir de los 70 años: 41.5% 49.2 % y 48.1% en los hombres de 70- 79 años, 80-89 y 90 años y más, respectivamente (Muñoz y Moreno, 2020).

tendría que asumir la responsabilidad de ser vigilante del resguardo de la salud de las personas mayores para así, salvaguardar la vida y la salud de este grupo etario, evitando su contagio y de este modo, disminuir la curva epidémica que, si contrae el virus, tiene una alta posibilidad (más del 70%) de necesitar atención médica hospitalaria y de ese porcentaje, otro importante necesitará cuidados intensivos que implican ventilación pulmonar artificial, contribuyendo a la saturación de la atención hospitalaria que en ninguna parte del mundo fue suficiente, y por consiguiente, a la alza en la letalidad del virus en la población general. Así, este estudio pone atención en la manera en que los integrantes de un grupo social-familiar atienden los cuidados (materiales e inmateriales) de las personas mayores, recayendo directamente en el bienestar de los otros grupos etarios.

De esta manera, la composición del hogar opera, entonces, como una variable que especifica, en algunos casos, lo que se ha conocido como el “vaciamiento”, que puede equivaler a que la persona envejecida tenga mayor autonomía y menor carga económica; en otros puede ser el paso previo a una excesiva soledad y dificultades de integración; y en otros, la antesala a la reconfiguración y construcción de nuevos arreglos familiares (Rossel et al, 2011).

En este sentido, y de acuerdo con Gomes (2001), resulta relevante vislumbrar que la disminución de la mortalidad, que trae consigo un aumento de hombres y mujeres que sobreviven hasta edades avanzadas, provoca la ampliación del tiempo potencial de convivencia familiar de padres, hijos, nietos, y otros parientes. Esto puede verse acompañado de la ampliación del propio espacio familiar a través del establecimiento de redes de intercambio, cooperación y reciprocidad entre distintas generaciones, ya sea viviendo bajo un mismo techo o por medio de arreglos residenciales interdependientes de naturaleza variada. Estos elementos fueron los que se buscaron observar en este trabajo, el cual parte de un acercamiento antropológico.

Así, desde la antropología médica, Menéndez (1992) estableció una tipología que incluye tres diferentes modelos de atención que tienen las personas para encargarse de su proceso salud-enfermedad-atención (s-e-a) y define a los modelos médicos como:

Aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales supone en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también de la participación de en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez:101).

El primer modelo de atención del que habla es el que denomina hegemónico, y se refiere al sistema de salud formal e institucional, tanto del Estado como privado que es el resultado por el avance científico y que sostiene una perspectiva biologicista de la enfermedad, caracterizado por:

Participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, ... tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza” normalización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico... (1992:102).

El segundo modelo médico es el que llama alternativo subordinado, donde se encuentran las prácticas conocidas como tradicionales y que son medicinales y que se legitiman a través de la racionalidad social, lo cual implica que el colectivo aprueba y recomienda a los miembros del grupo social

... no solo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, si no que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van construyendo como dominantes, pero que no solo proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivaciones emergentes del MMH, y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales (1992: 102).

El tercer modelo es de la autoatención, el cual consiste en que la persona se auto diagnostica a través de sus síntomas, esto puede ser a través de experiencias previas sin tomar en cuenta a un profesional de la salud que lo diagnostique “llevados a cabo por las propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no se actúa directamente un curador profesional. Esta auto atención supone desde acciones “consientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad” (1992:104).

Así, se construyeron las bases y el posicionamiento teórico conceptual que sustentan la visión de esta investigación.

Material y métodos

Este trabajo se posiciona dentro de los estudios fenomenológicos, pues, como sostienen Taylor y Bogdam (2000), la fenomenología no es propiamente un método sino una perspectiva de alcanzar el conocimiento. En las ciencias sociales la metodología indica la manera en la que se realizará la investigación, y es el problema mismo por investigar, el que nos lleva a elegir una u otra metodología, a partir de los intereses, objetivos y metas.

En la lógia anterior, se retoma para este trabajo lo que Max Weber (1968) denomina *verstehen*, esto es, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente, es entonces, que a partir de una visión antropológica, se observa a las personas en toda su complejidad, entendiéndolas como entes bilógicos, psicológicos y culturales, tomando posturas y conceptos teóricos de la antropología médica específicamente, sin embargo, también se realizó una investigación cuantitativa de fuentes secundarias para tener un diagnóstico que permitiera dimensionar la problemática, quedando evidenciado que la concentración de casos de la COVID-19 en México estuvieron en la zona Metropolitana del Valle de México.

Los métodos elegidos para la realización de este trabajo fueron la etnografía y la teoría fundamentada (Taylor y Bogdam, 2000), partiendo de que algunas de las entrevistas tuvieron

que ser a distancia, dado que la obtención de la información de primera mano fue durante el 2021 y el 2022, durante los primeros meses del 2021 se privilegió la seguridad de los informantes, y fue después de la vacunación masiva (que se dio por etapas en nuestro país) que se realizaron entrevistas cara a cara. En este caso se eligió estrategias que permiten localizar un grupo o escenario inicial que estudiar. En esta parte se incluyen la selección exhaustiva, selección por cuotas, selección por redes. (Rodríguez et al, 1999), de manera que se aplicaron cuestionarios que recuperaban información básica de las personas, para después seleccionar los posibles informantes y después hacer otros contactos a través de quienes ya habían participado en la investigación.

Entre las técnicas utilizadas, se encuentran la observación, observación participante (Taylor y Bogdan, 2000) con la intención de lograr la verificación empírica de los fenómenos, a través del registro de los hechos y el análisis objetivo. Asimismo, otras técnicas de recopilación de datos fueron las entrevistas abiertas y semidirigidas (Pujadas, 1992), de manera que él/la investigadora habla cara a cara con sus informantes, se hacen preguntas y se toma nota de cualquier elemento relevante, para luego contrastarlo con la realidad y viceversa, es parte pues, del trabajo antropológico.

Como parte de la sistematización de la información, se construyeron narrativas autobiográficas, en donde la voz de ego (la persona que narra su propia experiencia), evidencian su subjetividad y sus valoraciones bajo una perspectiva particular acerca de temas indispensables en las entrevistas, con objetivos delimitados al hacer la investigación (Pujadas, 1992), que resultan útiles para conocer las personalidades individuales, los intereses y las habilidades de los miembros de una comunidad y, ese modo, hacer un retrato cultural más íntimo de la sociedad que se estudia.

Se lograron obtener 40 entrevistas en 5 Alcaldías la Ciudad de México y 12 municipios del estado de México. Así, por medio de las entrevistas, la búsqueda de respuestas se logra a partir de identificar las “fuerzas” que mueven a los seres humanos como seres humanos y no

simplemente como cuerpos humanos... son "materia significativa". Son ideas, sentimientos y motivos internos (Douglas; 1970).

El criterio de inclusión básico fue que en el grupo familiar del o la persona entrevistada, hubiera al menos una persona mayor o que esta fuera una persona de más de 60 años, ya que la intención del trabajo era no solo conocer la experiencia de las personas mayores sino de los integrantes de la familia en cuestión, y se buscó, que en medida de lo posible, se tuviera una entrevista de un familiar o corresidente por cada persona mayor entrevistada, de manera que los testimonios recopilados para este trabajo se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de las personas entrevistadas por grupos de edad

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Entrevistados totales
20-39	4	5	9
40-59	4	5	9
60 y más	10	12	22
Total	18	22	40

Fuente: Elaboración propia con información del trabajo de campo 2021-22.

Resultados.

Una pandemia siempre trae nuevas formas de pensar y de vivir, en este sentido, vivir la pandemia más grande de la historia del ser humano, pues “desde el inicio de la pandemia en el año 2020, hasta el 1 de julio de 2023 se han acumulado a nivel mundial 767,562,324 casos de COVID-19, que incluyen 6,947,976 defunciones” (SSA, 2023: 17) ha dejado diferentes experiencias a quienes la hemos vivido, los cambios fueron visibles casi de inmediato. Si bien había diferentes formas de entender la enfermedad de lo que llamaríamos COVID-19, las políticas de Estado destinadas al confinamiento sanitario, hicieron que las calles cambiaran, las poblaciones, las comunidades e incluso los hogares; las dinámicas antes vueltas hábitos dieron paso a lo que podemos entender ahora, como cambios por sobrevivencia. Los centros comerciales se hallaban vacíos y los centros públicos cerrados a las personas.

Esos fueron, quizás, los cambios más evidentes ante la necesidad de mantener distancia entre todas las personas para así, contener lo que se conocería posteriormente como la pandemia más agresiva antes conocida (pues fue global y se expandió a todo el mundo en tan solo tres meses), no solo por las graves consecuencias en quienes la padecían, sino por todas las problemáticas colaterales que causó, entre las que podemos mencionar el impacto en la salud mental ante la necesidad de no convivir con nadie fuera del hogar, los cambios en el aprendizaje de la educación formal ante el uso de una educación a distancia nunca antes practicada, y por supuesto, las profundas afectaciones económicas globales y carencia de productos, que terminó afectando directamente el bolsillo de las personas.

Y entonces...llegó la pandemia

Las dinámicas fueron cambiando conforme cambiaba la situación epidemiológica, la llegada de vacunas autorizadas y probadas hizo que las personas percibieran una especie de tranquilidad y esperanza, “ya la libramos”, decían algunas personas que acudían impetuosamente a aplicarse la vacuna, así para el 15 de marzo de 2021 cuando la vacunación nacional se ponía en marcha, se registraron 2 169 007 casos en el país, donde 585 348 se concentraban en la Ciudad de México y 225 871 en el estado de México, de manera que concentraban entre ambos 811 219 casos positivos, lo que se traducía en el 37.4 por ciento del total nacional; pero para el 11 de octubre de 2022, en el país se registraron 6 982 307 casos, de los cuales 1 339 644 estaban en la Ciudad de México y 656 804 en el estado de México, si bien la vacuna no contuvo las transmisiones del virus y la enfermedad del mismo, pues los casos positivos sobrepasaron el 300% de los casos de marzo de 2022, el índice de vulnerabilidad en México ante el COVID-19, según cifras que la UNAM (2023) dio a conocer, había cambiado de manera muy evidente, donde la letalidad había sido de 11.7 para el 2021 y para el 2022 fue del 4.6, de manera que bajó alrededor de un 70 por ciento la letalidad³.

Entonces, las calles volvieron a llenarse de gente poco a poco, las actividades al aire libre fueron reiniciadas, las aulas tuvieron alumnado por etapas y la gente volvió a reunirse con

³ Información obtenida en <https://covid19.ciga.unam.mx/> el día 12 de julio del 2023.

todos aquellos que no habían visto, se volvieron a celebrar cumpleaños en fiestas y también se pudo ir a despedir a aquellos que no lograron sobrevivir.

Pero ¿qué pasó en los hogares con personas mayores mientras el espacio público era vaciado? Este trabajo buscó analizar las diferentes redes de cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeran a mantenerse alejados del espacio público, identificando si las redes sociales con las que las personas mayores eran sólidas antes de la crisis sanitaria o si es a partir de una situación de emergencia que las personas mayores consideraron necesaria la construcción de nuevas redes que les hicieran llegar materias primas para su alimentación y/o los medicamentos necesarios para atender sus patologías, además de que sus servicios fueran satisfechos, así, ante la pregunta directa de ¿cómo conseguían los productos básicos para la vida diaria, don José Luis contestó:

Mi familia son los encargados de hacer el super y se encargan de traer lo que necesitamos mi esposa y yo, que si el cepillo de dientes, que si el jabón, nosotros no salimos, ellos lo traen, tengo la fortuna de que me quieren y me cuidan mucho (hombre, 71 años, Tlalnepantla, estado de México).

En este mismo sentido, otro de los entrevistados, don Emilio, dijo:

Pues salgo de mi casa, solamente una vez por semana, compro lo básico para comer y para mí, pero la verdad es que en ocasiones no tengo los suficientes ingresos para comprar mi medicamento y en ocasiones no me compro los que me mandan sino unos más baratos, pero así ha sido siempre, la verdad no es de ahora, mi hijo me ayudaba a veces antes, pero ahorita con tanta cosa, pues no ha podido (hombre, 62 años, alcaldía V. Carranza, Ciudad de México).

La situación familiar es una de las principales preocupaciones de la persona mayor, y esto es de esperarse, porque la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar;

en este caso, la persona adulta mayor participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa (González y Sánchez, 2003), los dos testimonios anteriores son ejemplo de varias maneras en las que las personas expresaron la manera en que se vieron apoyados o no ante el confinamiento. De igual manera, Juan, de 23 años, nieto de hombre de 72 y mujer de 68, dijo lo siguiente:

Cuando empezó todo (refiriéndose al confinamiento) mis abuelitos vivían en su casa, pero cuando vimos que la cosa iba para largo, mi mamá les dijo que se vinieran con nosotros a la casa, porque si no podíamos estar yendo a verlos, pues todo se complicaba, y aunque no querían al principio, sí se vinieron, yo creo que fue cuando se empezó a saber que la gente se estaba muriendo, y pues ya, desde entonces se quedaron en la casa (Naucalpan, Estado de México).

En cuanto a los cuidados para la salud, a la pregunta expresa de ¿Cuándo se enferma tu abuelita quién la cuida? Katy, contestó:

A mi abuelita la cuidamos todos, bueno, mi mamá y mis tías más, pero ella tuvo cinco hijos, entonces somos muchos, ahora que estuvo internada por covid en el IMSS, porque ella fue enfermera y tiene IMSS, pero todos estábamos pendientes, otro de sus hijos trabaja en PEMEX y quería llevársela al hospital de PEMEX, pero en el IMSS la atendieron muy bien, y no se necesitó, ella dice que estar en el hospital fue muy feo aunque la trataron bien, pero afortunadamente salió bien y se recuperó y está con nosotros (mujer, 21 años, nieta de Martha de 80 años, Ciudad de México).

Sin embargo, hubo otras respuestas, por ejemplo, a la pregunta de ¿Cuándo usted se enferma, quién lo cuida?, don Emilio contestó:

Pues yo aquí me cuido, me tomo tes para prevenir y que no me de (el covid) y me voy tomando las medicinas que me puedo comprar, porque, pues orita no he podido ir al

médico y mi hijo, pues no me puede llevar por lo mismo de cómo está la cosa (hombre, 62 años, alcaldía V. Carranza, Ciudad de México).

Respecto a la manera en que la salud mental fue afectada o no, se les preguntó ¿Cómo vivió el confinamiento? A lo que se obtuvieron distintas respuestas como:

Vivo conectada al oxígeno (sufre de EPOC), no permito el contacto físico directo con nadie ni mis familiares, nadie puede entrar a mi cuarto sin antes asearse, me lavo las manos cada 30 minutos así no haya agarrado a nadie y no me toco la cara. Les tengo prohibido a mi familia visitarme, me abraza o me bese; sigo tratamiento con neumólogo y un familiar va por los medicamentos al hospital por mí, ya que me tienen prohibido visitar el hospital. No salgo a la calle. No me desespero porque he aceptado mis incapacidades por la situación mi vejez y el EPOC, así que no se me hizo pesada la cuarentena, estoy tranquila, no me siento deprimida, aislada ni ansiosa y mucho menos encerrada, tengo todo lo que necesito dentro de mi casa y son mi hija, mi yerno y mi nieto. Yo sola siempre he hecho oraciones a Dios en mi cama, procuro desayunar junto a quienes viven conmigo, hace mucho no voy a misa, nunca me ha gustado. Me apoya mucho mi hija y su familia, ellos son los que me apoyan en mi diario vivir, ayudándome en lo que ya no puedo hacer independientemente, cuento con mi familia para todas mis necesidades. Mi hija me prepara mi comida, me arregla mi ropa, me ayuda a bajar las escaleras. Siempre recibo el apoyo de todos a todo lo que necesite ayuda, fuera o dentro de la casa” (Doña Gloria, 80 años, Ciudad de México).

Así entonces, los ejemplos de testimonios presentados, dejan ver que las personas mayores y sus familias han usado de forma indistinta los tres modelos para hacer frente a la nueva enfermedad, y que la manera en que el grupo social fue respondiendo a la atención de la salud tuvo que ver con los recursos con los que contaban para ello. En ese sentido, se les preguntó también ¿quién aporta dinero en su casa? A lo que respondieron:

Yo trabajaba en el Aurrerá, empacando las cosas, pero pues con todo esto nos corrieron, y eso sí estuvo feo, porque se nos acabó, así nomás, y bueno, yo así tenía mi dinerito, no mucho, pero sí compraba cosas aquí (la casa de la hija) y ya todo fue para mi hija ella tuvo que comprarme mis medicinas y mis cosas, eso fue feo, pero pues hemos tenido que ahorrar mucho, nos quedamos en la casa y eso ha estado bien, pero sí difícil (Sr. Sánchez, hombre, 70 años; Ecatepec, estado de México).

Los fragmentos de las entrevistas muestran distintas medidas que tomaron las personas mayores para enfrentarse al confinamiento, pero también se preguntó sobre la manera en que fueron volviendo a hacer sus actividades normales, pues algunas personas tomaron acciones radicales:

Yo no salí en todo esto, de verdad, cumplí 11 meses sin salir de mi casa, y así estuve bien, no necesité salir a la calle, bueno, mi hijo y mi nieto me traían mis cosas y lo que se necesitaba, pero afortunadamente yo tengo mi dinerito de las rentas y no tuve que andar ni preocupándome ni padeciendo andar en la calle, yo salí de mi casa el día que tuve la cita para irme a vacunar, entonces sí, me arreglé y vino mi 'jo por mí me fui, y entonces sí, fue como empecé a salir otra vez, bueno, después de los quince días que decían que te hacía la vacuna, y poco a poco eh, no creas que salí y me fui a todas partes (doña Viky, mujer, 77 años, alcaldía Miguel Hidalgo).

Doña Luz contestó:

Yo ya voy a todas partes, ya regresé a atender mi puesto al tianguis y voy al centro (de la Ciudad de México) a comprar mi mercancía, porque no puedo, no puedo estar encerrada y no hacer nada, cuando me pusieron mis vacunas ya me sentía más segura, a lo mejor nada más una sola se hace la idea pero ya seguí con mi vida (mujer, 67 años, Ciudad Nezahualcoyotl, estado de México).

En cambio, la señora Diana dijo:

Yo me tuve que venir a vivir con mi hijo, la verdad no fue que yo quisiera, pues toda mi vida estaba allá (refiriéndose a la zona sur de la Ciudad de México), pero ¿qué hacía? Ya estaba yo sola y mi hijo me dijo que así él me iba a poder ver, y pus ni modo, aquí estoy, perí extraño muchas cosas, yo me iba a bailar a la Ciudadela, hasta allá me iba, y acá, pues que yo sepa no hay nada así, y pues no me pueden llevar, pero si yo oigo que me digan que sí hay un lugar, ¡pues sí voy a ir! (mujer, 81 años, Atizapán de Zaragoza, Estado de México).

El programa nacional de vacunación contra COVID-19, inició en México en febrero de 2021, y ante la innegable desventaja social y epidemiológica del grupo etario de personas mayores de 60 años, fue el primer grupo poblacional en vacunarse, ofreciendo así la posibilidad de reiniciar algunas de las actividades suspendidas casi un año, aunque hubo quienes cambiaron no solo sus rutinas sino sus vidas, como lo han constatado los testimonios.

Discusión

A partir de los testimonios procesados, se han podido identificar diferentes formas en que las familias contribuyeron o no a que las personas mayores cubrieran sus necesidades básicas, y además, pudo observarse que los familiares más cercanos. Para precisar, los corresidentes, fueron quienes realizaron acciones en torno a la procuración del bienestar de ellas, por lo que se puede cuestionar si existió o no solidaridad social entre las distintas generaciones que conviven hoy en la sociedad del Valle de México a partir de la emergencia sanitaria, de ahí la necesidad de observar si las redes de las personas mayores son familiares, vecinales y/o comunitarias, con la intención de generar, ante casos de éxito, programas de generación de sentido de comunidad.

Así, los testimonios evidencian que la sociedad demanda la solución de sus problemas en dos rubros principalmente: los de salud y los económicos. Para este caso, en la emergencia sanitaria, los de salud fueron prioritarios, entendidos como aquellos que necesitan apoyos que les brindarán la oportunidad de atender, cubrir y curar sus enfermedades; y los económicos

como aquellos que podrán utilizar, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar un ingreso que les brinde la oportunidad de alimentarse, tener un techo y vestirse. Estas necesidades, se ven claramente expresadas en la emergencia sanitaria que vivió el país ante la epidemia de COVID-19 durante los años 2020 y 2021 principalmente. Si bien el Estado está obligado a cubrir estas necesidades a través de la Seguridad Social, entendida como: “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica” (OIT, 1984), para la emergencia sanitaria y según las personas entrevistadas, resultó no solo insuficiente sino en algunos casos inexistente, pues si bien, por una parte el concepto nos refiere a cuestiones económicas, sociales y medicas; por otra parte, el termino se refiere a contingencias, es decir, a eventualidades que se presentan en el ritmo normal de la vida, en este sentido, la emergencia sanitaria en México y el mundo debió ser observada desde este marco conceptual, protegiendo a la sociedad de manera integral.

Ahora bien, el trabajo de campo junto con las entrevistas, han dejado ver que las redes sociales, ya sean públicas, familiares o privadas, tienen distintos objetivos que cumplir. Desde la tradición antropológica, el énfasis estuvo centrado en la importancia de las redes sociales en las estrategias de reproducción social de aquellos que se encontraban en situación desventajosa, como migrantes, sectores populares, jefatura femenina, desempleados, madres solteras, entre otros (Guzmán, 2003: 3). Esas redes sociales tienen como principal fin el apoyo social, de manera que cuando las personas mayores expresan la manera en que sus familiares les proveyeron de distintos elementos, se hace patente la red y el apoyo social, el cual puede entenderse como todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su curso de vida. El apoyo “se brinda a aquel que lo necesita, que presenta condiciones de vida adversas o que requiere la atención por enfermedad, apoyo material afectivo o psicológico” (Montes de Oca, 1999: 293) y en la emergencia sanitaria, las personas mayores fueron las que presentaron más adversidades.

Montes de Oca (1999) afirma que los apoyos se han clasificado “como de tipo familiar o institucional” (p. 294), y que los familiares pueden considerarse como de tipo informal, y continúa diciendo que “se considera como apoyo familiar a aquel tipo de ayuda que se da por parte de los miembros de la familia, residan o no con el anciano. La desventaja de este concepto radica en que no permite saber si el apoyo familiar que recibe el anciano es efectivamente de alguien que reside con él o de alguien que vive en otras unidades domésticas” (1999: 294), sin embargo, en este trabajo ha sido posible distinguir quienes brindan o no los apoyos a las personas mayores, a partir de la necesidad manifiesta en la emergencia sanitaria.

La persona mayor recibe apoyo de muchas índoles, como puede ser desde los aspectos emocionales (afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha), materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios), instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar), donde participan en primer lugar la parte más apegada que es el núcleo familiar, después se encuentran los amigos y vecinos y al final se encuentran todas aquellas personas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, al igual que las organizaciones gubernamentales. Sin embargo, ante la crisis sanitaria fue evidente que quienes no tuvieron redes sociofamiliares previamente construidas, no tuvieron la oportunidad de construir nuevas para apalar los efectos de la pandemia más severa que ha vivido la humanidad, de manera que este grupo de personas mayores, tuvo que depender de su autonomía y sus recursos para cuidarse, y en cambio, quienes tenían redes sociofamiliares sólidas previas a la emergencia sanitaria, recibieron el apoyo para sus cuidados, independientemente si vivían o no con su grupo familiar.

Entre los principales hallazgos, se encuentran:

- Hay una carencia de cuidados hacia las personas envejecidas en los contextos de alta letalidad del virus del estado de México, pues los testimonios de las personas mayores que vivían solos dejaron claro tuvieron que autocuidarse y exponerse al posible contagio.

- Existió una justificación por parte de las generaciones envejecidas hacia las productivas respecto a que no hay atención de su parte, pues dijeron entender que os hijos hicieron su vida propia, que tenían el trabajo, y cuidar asu familia, atender a los nietos, etc. Actividades que resultaban prioritarias antes de atender a las personas mayores.
- Las Personas mayores que tenían redes construidas antes de la pandemia consolidaron sus redes, de manera que su grupo familiar, de coresidencia o no, les hacían llegar los insumos necesarios para la supervivencia.
- Las Personas mayores que tenían redes débiles no se fortalecieron, según los testimonios no se construyeron nuevas redes.
- Las Personas mayores que no tenían redes de cuidados se vieron en la necesidad de cuidarse de manera independiente, es decir, por autocuidado.

Conclusiones

La manera en que el envejecimiento poblacional ha tenido injerencia en el bienestar global, marcado por el envejecimiento demográfico actual, y ha ocasionado profundos cambios y múltiples consecuencias en nuestras sociedades se muestra visible hoy ante la pandemia de COVID-19, desde formas de pensar, ser y hacer, nuevas interacciones sociales, familiares, de género e intergeneracionales; así como cambiantes percepciones, prácticas, cursos, ritmos, cuidados, estilos de vida, normas y expectativas sociales. En este sentido, es de especial interés hacer evidente cómo los efectos de la globalización se ven reflejados en el sector de la población envejecida y que lleva directamente a la estructura política, social, económica y cultural, en los comportamientos de sus habitantes, en sus creencias, sus formas de relación y de comunicación, en sus sistemas productivos y estilos de vida en la vejez, recayendo claramente en el estado de salud, desde el concepto biopsicosocial, que ha sido permeado ante las actuales circunstancias globales. Lo anterior, debe llevar a plantearnos, como sociedad, innumerables preguntas, las cuales deben hacerse desde la matriz sociocultural donde se acumulan y reelaboran los sistemas de conocimientos, desde donde los individuos orientan y co/construyen la realidad.

La situación mundial en la que se desarrolló la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 necesita la atención desde una visión multidisciplinaria. Así, desde las ciencias sociales, es necesario enfocar los temas de salud bajo una concepción cualitativa que se apoye de la cuantitativa para entender el fenómeno de una manera holística. La definición de salud de la OMS elaborada en 1946 dice que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS; 1998:10) y que además, la Observación General No 14 hecha en el 2000, define la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (Vázquez; 2007:97), por lo que la manera en que la población mayor de 60 años se enfrentó a la emergencia sanitaria los vulneró en todas las dimensiones: física, social y mental, por lo que para muchas personas el bienestar no fue posible.

Ante esto, los cuidadores primarios y las familias han desarrollado una serie de prácticas para satisfacer sus necesidades, las cuales ameritan ser documentadas y analizadas bajo la mirada antropológica. Así, se identificaron las diferentes formas de organizarse y reestructurarse dentro de los grupos familiares para que las personas mayores de 60 años de edad tuvieran, de una u otra manera, satisfechas sus necesidades en el proceso s-e-a, en la que la *No movilidad* fue la principal estrategia para detener los contagios y contener así la pandemia, provocando cambios en la vida cotidiana y en la percepción de la libertad de movimiento que tenían antes de la "nueva realidad", incidiendo en el cuerpo y en la mente de las personas. En cuanto a las acciones realizadas no solo por las personas mayores sino también por los integrantes del grupo familiar, fueron desde el hacer las compras y llevarlas a sus domicilios para evitar la exposición, hasta los cambios de residencia, incluso de municipio o entidad, cambiando las dinámicas cotidianas individuales y familiares.

Dos variables indispensables fueron evidentes en los testimonios para los cuidados de las personas mayores: por un lado, la familia y por el otro la seguridad social, estos elementos pueden hacer que la vejez sea o no considerada como una etapa estable en cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas elementales, entre las cuales encontramos la alimentación, el vestido y la salud.

Referencias Bibliográficas.

ARANIBAR, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo, 21. CEPAL. Santiago de Chile.

DOUGLAS, M. (1970) *Símbolos Naturales*. Alianza Editorial, Madrid.

GOBIERNO DE MÉXICO (2024) *Metrópolis de México 2020*. Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.

GOMES, C. (2001) *Procesos Sociales, población y familia: Alternativas teóricas y empíricas en las Investigaciones sobre vida doméstica*. México. Flacso.

GONZÁLEZ, R. y SÁNCHEZ J., (2003). "Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores" en *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (1), pp. 43-58. México.

GUZMÁN, J.M, S. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2003) *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Santiago de Chile. 51 Congreso Internacional de Americanistas.

HUENCHUAN, S. (2009) *Envejecimiento y sistemas de cuidados*. Santiago de Chile: UN-CEPAL.

LAUREL, A. C. (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa*, México, Ediciones ERA.

MENÉNDEZ, E. (1992) "Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales". En Campos, R. *La Antropología Médica en México*. IM-UAM, pp. 97-115. tomo 1

MONTES DE OCA, V. (1999) "Relaciones familiares y redes sociales" en CONAPO. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México DF. Cámara de Diputados, Senado de la República, pp.289-325.

MUÑOZ, A.V y A. Moreno (2020) Letalidad por COVID-19 en México en Boletín sobre COVID-19. Salud Pública y Epidemiología. Vol. 1, n° 11, 3 de noviembre de 2020
Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM

OIT (1984) *Introducción a la seguridad Social*. Ginebra. Oficina General del Trabajo citado en Roberto Ham Chamde (2000) Sistemas de pensiones y perspectivas de seguridad social. En Estudios Demográficos y Urbanos.

OMS (1998) Promoción de la Salud Glosario. WHO. Ginebra, Suiza.

PUJADAS, J. J. (1992) El método biográfico el uso de las historias de vida en ciencias sociales. España

RODRÍGUEZ, J, G. FLORES, y E. GARCÍA (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones aljibe, Granada, España.

RONZÓN, Z. (2003) “El anciano ante la falta de asistencia social y de salud” en F. Vázquez, Contando nuestros días, un estudio antropológico sobre la vejez, CIESAS. México.

RONZÓN Z., A. MÉNDEZ Y A. E. JARDÓN (2021) “El derecho a los cuidados de las personas mayores, una necesidad del sistema de Salud en México” en CONAPO, La situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población. México. P.p. 211-227.

ROSSEL C., CARDOZO S. y RODRÍGUEZ F. (2011). Vejez y vulnerabilidad en Uruguay: ¿Una cara inexplorada de la desigualdad? Observatory on Structures and Institutions of Inequality in Latin America. Working Paper Series #31. Center for Latin American Studies. University of Miami.

SSA (SECRETARÍA DE SALUD) (2023) Informe Integral de COVID-19 EN MÉXICO Número 02-2023 1° de julio de 2023 Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México.

TAYLOR, S. y R. BOGDAM (2000) Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significado. Paidós. España.

UNAM (2023) Coordinación de la Investigación Científica. Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México. Disponible en <https://covid19.ciga.unam.mx/> .

VÁZQUEZ, R. (2007) “La bioética en Contexto. El derecho a la salud como derecho social” en Aspectos Sociales de la Bioética. Memorias CNB3. Comisión Nacional de Bioética. México. Pp.70-84.

WEBER, M. (1968) Conceptos Sociológicos fundamentales. Alianza