

Nueva
Antropología 28

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

ANTROPOLOGIA MEDICA

EDUARDO L. MENENDEZ, Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina * **ALBERTO YSUNZA-OGAZON**, Polarización alimentaria y nutricional de México * **INGRID ROSENBLUETH**, Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales * **LUIS YARZABAL**, La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay * **RAUL MIRANDA O.** y **MAURICIO ORTEGA G.**, Economía y oncocercosis en la región cafetalera del Soconusco, Chiapas * **SAUL FRANCO**, La apoteosis del DDT y el problema de la erradicación del paludismo en América Latina * **JEANNETTE ULATE J.** y **BENNO DE KEIJZER**, Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México

DECIMO ANIVERSARIO

Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales

Ingrid Rosenblueth

El estudio sociológico del envejecimiento se ha llevado a cabo principalmente en países primermundista y, por ende, se ha ubicado en dos tópicos centrales: la querella entre los que sostienen que la persona de edad debe ser "integrada a la comunidad", contra los que optan por "la segregación por grupos de edad".¹

La teoría del desligamiento, propuesto por Cumming y Henry ha motivado grandes controversias, tal vez porque es una de las pocas teorías de comportamiento del envejecimiento

accesibles. Conforme a esta teoría, el envejecimiento implica "un inevitable, desligamiento o retraimiento mutuo, dando pie a una interacción restringida entre la persona que envejece y los otros miembros de un mismo sistema social".² Conforme a esta teoría, el individuo y la sociedad encuentran el proceso de desligamiento satisfactorio para ambos. El individuo logra el desligamiento reduciendo el número, variedad, e intensidad de sus roles y relaciones sociales. La sociedad, por su parte, facilita el proceso ofreciendo

¹ Y. Talmon. "Envejecimiento: aspectos sociales" en *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales* dirigida por David L. Sills. Madrid: Aguilar. 1979 ed. esp.

² E. Cumming & W. E. Henry. *Growing old: The Process of Disengagement*. N. York: Basic Books, Inc., Publishers. 1961, p. 14.

'libertad' de las restricciones normativas y permitiendo el retiro. Obviamente, esta teoría encontró numerosas críticas:³ desde el punto de vista práctico apoya políticas de segregación e indiferencia hacia los ancianos y da pie a sostener actitudes nihilistas que desvalorizan la vejez.

Desde el punto de vista teórico, la 'teoría' del desligamiento no es un sistema axiomático; a lo sumo se le podría considerar una proto-teoría (sic) que descansa en muy dudosas premisas. Por último, el punto de vista empírico, con los datos obtenidos en investigaciones posteriores, ha demostrado que es una teoría falsa: los ancianos pueden encontrarse inmersos en nuevos roles y actividades. Es inaceptable sostener que los individuos encuentran satisfactorio el desligamiento de su mundo social. Por otra parte, las presiones socioeconómicas del sistema de producción que obligan a un 'retiro' del sistema productivo para incorporarse a las nuevas generaciones,⁴ son ignoradas.

Las críticas a la teoría anterior, condujeron a la formulación de una

nueva teoría: la del 'compromiso' o 'actividad' cuyos postulados sostienen que los ancianos tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas que las personas de mediana edad.⁵ Conforme a esta teoría, el envejecimiento óptimo consiste en las posibilidades que el anciano tenga de permanecer activo. Esta teoría, a su vez, ha desencadenado la creación de una nueva industria en los países desarrollados con el objeto de mantener al anciano activo: viajes organizados y toda la parafernalia para conocer al mundo. Cosméticos y equipos adecuados para mantenerse activo, joven y ágil. Por otra parte, los países tercermundistas racionalizan su falta de atención a la población anciana so pretexto de que al anciano "le hace bien" mantenerse activo.

En realidad, tanto la teoría del compromiso, como la teoría del desligamiento, contemplan sólo un aspecto de cualquier estudio sociológico de actitudes, si nos interesamos en las varias formas de compromiso a la vida social postulados por la teoría funcionalista: el compromiso de no interferir los unos con los otros, el compromiso de la protección mutua, otros compromisos a unidades sociales mayores al individuo, a la decisión de mantener o

³ D. B. Bromley. *The Psychology of Human Aging*. Middlesex: Penguin Books 1977, 2a. ed. pps.: 142-143.

⁴ L. G. Moore; P. W. Van Arsdale; J. E. Glittenberg; R. A. Aldrich. *The Biocultural Basis of Health: Expanding Views of Medical Anthropology*. St Louis Missouri: The C. V. Mosby Company. 1980.

⁵ H. J. Havinghurst; B. L. Neugarten; S. S. Tobin. "Disengagement and Patterns of Aging" en B. Neugarten (ed). *Middle Age and Aging*. Chicago: The University of Chicago Press. 1968. p. 161.

no alianzas a grupos, etcétera. Para poder realmente analizar empíricamente la existencia o no de el compromiso social de los individuos, es menester conocer sus causas e implicaciones y construir un modelo explicativo que tenga una dimensión para medir la membresía a los grupos. Más adelante volveremos a este aspecto.

El segundo debate, que ha ocupado a los estudios del envejecimiento óptimo, ha sido denominado por Talmon como "la controversia integración segregación",⁶ representada por los que sostienen la integración intergeneracional de los ancianos a los núcleos familiares y sociales, contra los partidarios de instituciones residenciales exclusivas para ancianos. Este debate ha resultado ser en realidad una variación de la controversia compromiso-desligamiento y una consecuencia práctica de la misma. La segregación y los asilos para ancianos tienen raíces históricas y socioeconómicas⁷ muy distintas al tema de las diferencias sociales del envejecimiento, que ahora nos ocupa. Sin embargo, y con mayor relevancia para nuestro estudio, la controversia integración-segregación tiene una dimensión poco investigada que también resulta relevante dentro de la teoría funcionalista: el mayor o menor control normativo al que están

expuestas las personas, o sea, el grado de regulación ejercido sobre el comportamiento. Independiente de la membresía a un grupo(s), y dado el aislamiento causado por pertenecer a una institución, hay una dimensión capaz de medir desde la regulación normativa máxima existente en los asilos para ancianos, hasta la máxima libertad de quien conduce una vida autónoma, libre e independiente.

EL MODELO DE MARY DOUGLAS APLICADO AL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO

Mary Douglas^{8, 9}, propone un modelo por medio del cual pretende lograr el análisis sociológico de la cultura. Su modelo parte de una concepción del individuo como entidad pensante, y del contexto social, como aquellas fuerzas que ejercen efectos restrictivos o permisivos sobre la conducta individual.¹⁰ Según la autora su modelo es "un acercamiento a la cultura que toma en consideración las fuerzas sociales, seleccionando del campo cultural total, aquellas creencias y valores que son derivables como justificaciones

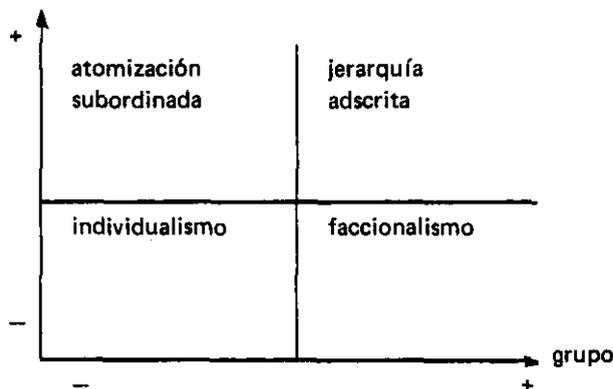
⁶ Talmon, *op. cit.*, p. 303.

⁷ M. Foucault. *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI. 8ava. ed. esp. 1981.

⁸ Mary Douglas. "Introduction to Grid-Group Analysis" en M. Douglas (ed) *Essays in the Sociology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul. 1982 a.

⁹ Mary Douglas "Cultural Bias" en *In the Active Voice* de Mary Douglas. London: Routledge & Kegan Paul. 1982. b.

¹⁰ *Ibidem*, p. 190.

FIGURA 1¹²

para la acción que (ella considera), como constitutivas de una cosmología implícita".¹¹

El modelo constituido por Douglas tiene dos dimensiones que ejercen control sobre el individuo: a) el compromiso al grupo (dimensión denominada simplemente 'grupo') y, b) cualquier otra forma de regulación (dimensión denominada encasillamiento). Ambas dimensiones combinadas dan por resultado una tipología con cuatro visiones extremas de la vida social, representadas en la figura No. 1, que constituyen cuatro posibles entornos sociales en los que un individuo pueda encontrarse.

Douglas pasa a hacer una análisis de los atributos cosmológicos en cada uno de los cuatro tipos de entornos sociales, que no discutiremos por falta

de espacio. Sin embargo, se ha utilizado su modelo —y las dos dimensiones normativas con las que lo construye— para tratar de ordenar el material obtenido en los 59 estudios de caso realizados a ancianos de las Ciudades de Cuernavaca y México.¹³ El resultado de la aplicación del modelo de Douglas, a nuestro estudio de envejecimiento óptimo y diferenciado, nos ha permitido vislumbrar patrones de envejecimiento en las distintas clases so-

¹¹ *Ibidem.*

¹² Douglas. 1982 b. *op cit.* p. 4.

¹³ La investigación acerca de la ancianidad nos ha brindado, hasta ahora, material de 59 estudios de casos aleatoriamente escogidos. La distribución de dichos casos es la siguiente: 10 ancianos de clase dirigente; 10 ancianos de la clase asalariada; 10 ancianos de la clase jornalera, 19 ancianas internadas en asilos; y 10 ancianos intelectuales, artistas o profesionales "por vocación" e independientes.

ciales representadas en la muestra, y las causas de esta diferenciación. De manera que al aplicar las dimensiones o coordinadas utilizadas por Douglas, según los rasgos de nuestra muestra, la población investigada quedó distribuida de la siguiente manera (figura 2).

La dimensión "grupo" fue medida cuantitativamente en cada uno de los sujetos de estudio al hacer sus redes de relaciones sociales.¹⁴ Las características estructurales en las redes de cada persona (alcance, densidad y sectorización) formaron cinco grupos que coincidieron con dos tipos o fracciones de clases y tres clases sociales a los que estas pertenecían. Igualmente se midieron cuantitativamente los 'controles' que regulaban el comportamiento (dimensión encasillamiento), los que demostraron agrupar a la población en las cinco categorías referidas. Por último, los patrones de envejecimiento,

salud y enfermedad de la muestra, coincidieron con las categorías sociales obtenidas de las dimensiones de Douglas. Lo interesante es que se probó cómo las diferenciales de salud y enfermedad, así como las de envejecimiento (que son variantes del binomio salud-enfermedad), "constituyen la principal diferencial en cualquier sociedad clasista y deberían constituir una de las principales variaciones por investigar. Pues los estudios de salud y sus variantes nos permiten vislumbrar los procesos sociales dentro de las diferentes clases y sus fracciones, ya que éstos, no sólo deben establecer las condiciones de salud en las clases existentes sino analizar la realidad concreta: inserción en el proceso productivo, conciencia de clase, alineación, distintas formas de existencia", etcétera.¹⁵

A pesar de haber aplicado el modelo de Douglas, no podemos afirmar que los rasgos distintivos de sus 'tipos' correspondan a los que encontramos entre nuestros ancianos. La diferencia principal estribó en que su modelo es una construcción ideal que no partió de criterios desprendidos de la dinámica de la sociedad global, o sea, de las relaciones que las clases y sus fracciones establecen entre sí. Sin embargo, sus dimensiones de control nos parecieron una forma fácilmente operacionizable, de traducir las fuerzas socia-

¹⁴ J. C. Mitchell. *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. 1969. p. 2. Mitchell visualiza las redes de relaciones sociales como "una serie o conjunto específico de relaciones entre un número definido de personas que nos pueden servir para interpretar el comportamiento social de (algunas) de esas personas, tomando en cuenta las características de estas relaciones como un todo". Para el autor, la definición de red ancla a un conjunto de personas en un punto focal individual o Ego. Pero enfatizando que el sujeto de análisis de las redes es el contexto social.

¹⁵ A. C. Laurell. "Introducción" en Mario Timio *Clases Sociales y ENFERMEDAD*. México: Ed. Nueva Imagen. 1979. p. 17.

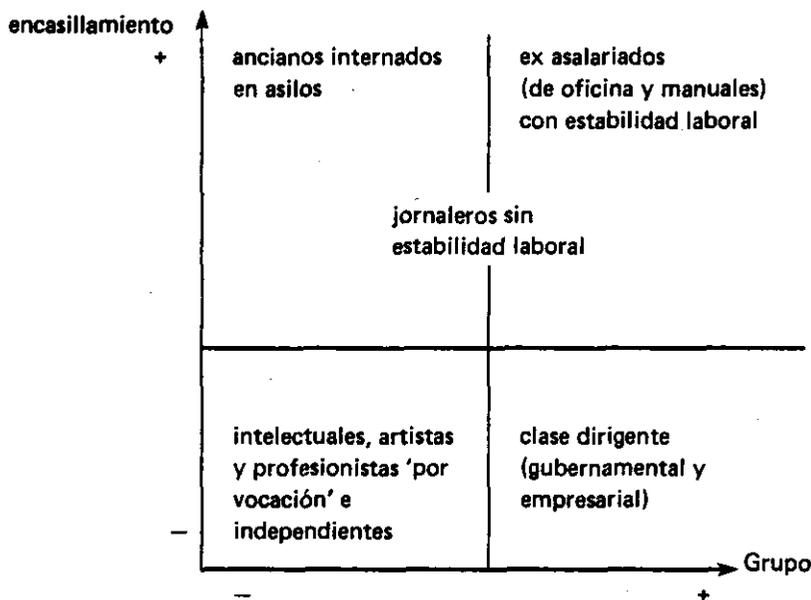


FIGURA 2

les que regulan el comportamiento de los individuos que pertenecen a las diferentes clases.

CLASE DIRIGENTE (GUBERNAMENTAL Y EMPRESARIAL)

La red de relaciones sociales de los individuos del sector dirigente en nuestro país, parece tener características estructurales similares. Si comparamos las redes de los ancianos pertenecientes a este sector, que habitan en Cuernavaca y en el D.F., con las redes de otras investigaciones de dirigentes po-

líticos e industriales del D.F.,¹⁶ resalta de inmediato el parecido. Las características estructurales más relevantes de las redes de los ancianos de la clase dirigente son una alta densidad;¹⁷ y

¹⁶ I. Rosenblueth. *Roles Conyugales y Redes de Relaciones Sociales*. México: UIA (tesis inédita). 1978.

¹⁷ "La densidad de una red de relaciones sociales es el porcentaje de relaciones sociales existentes entre los individuos de una red, excluyendo las relaciones de Ego con estos individuos, de entre el posible número de relaciones entre estos

una clara sectorización,¹⁸ aunque hay que enfatizar que esta tendencia a sectorizar no reduce la existencia de relaciones sociales entre los componentes de la red. Esto ha sido analizado con más detalle en otro trabajo,¹⁹ pero podemos abreviar diciendo que las redes de las personas que pertenecen al sector dirigente, sobre todo del político, son más grandes (o sea tienen mayor alcance) que las del resto de la muestra; éstos es, se relacionan e interactúan con más gente. La densidad es alta porque las redes sociales de la clase dirigente se conglomeran alrededor

de personas que detectan gran poder. Individuos que aglutinan relaciones sociales, que monopolizan recursos escasos y actúan como empresarios en el sentido de Barth,²⁰ por ende, ejercen algún tipo de poder sobre los miembros de la red ya que ellos aportan beneficios a las personas que los siguen. La densidad también es alta por la estrecha relación entre el grupo gubernamental e industria en México; es frecuente que casi todos los miembros de una red estén interrelacionados entre sí. De tal suerte que aunque una persona sea anciana, sus relaciones, sociales continúan encerradas dentro de un mismo grupo, a pesar de que ya no ejerza un papel muy activo en el mundo del trabajo. El anciano forma parte de un grupo cerrado y como parte de ese grupo seguirá con un mundo social que es privativo del mismo. Por esta razón el control del grupo es el que ejerce una influencia mayor en el comportamiento de estas personas. Las presiones del grupo son las que reglamentan sus vidas. "La experiencia social del individuo, está, primero y más que nada, constreñida por el lindero externo que el grupo mantiene contra los que no pertenecen al mismo".²¹ Entre mayor sea la dependencia del individuo al grupo, mayor será el ejercicio

individuos". (Rosenblueth, *op. cit.* p. 19)

¹⁸ T. Cubbitt entiende por sectorización o grado de agrupamiento el rasgo de una red de relaciones sociales que se refiere al grado que los individuos que forman dicha red tienden a agruparse en sectores independientes. La autora ha probado que aunque una red tenga varios contextos en los que se efectúen relaciones, estos no tienen por qué ser agrupaciones de individuos. Los sectores se definen como densos núcleos de relaciones sociales que se dan dentro de un contexto social. Dichos sectores son importantes para Ego, porque el sector más denso de una red, en el que Ego interactúe más, será el responsable del reforzamiento normativo de la conducta de Ego. Cubbitt, T. "Network density among urban families" en Boissevain & Mitchell (eds) *Network Analysis: Studies in Human Interaction*. The Hague: Mouton. 1973. pps. 67-82.

¹⁹ Rosenblueth, *op. cit.*

²⁰ F. Barth. *The Role of the Entrepreneur in Social Change in Northern Norway*. Bergen: Scandinavian University Books. 1963.

²¹ Douglas, 1982 b. *op. cit.* p. 205.

de la voluntad grupal sobre la individual. Sin embargo, por ser miembro de la clase dirigente, estas personas tienen pocas regulaciones sobre su conducta que no provengan del grupo. Ellos son la clase hegemónica, la que dicta las reglas. Y cuando ellos las rompen siempre hay un motivo aceptado por su grupo, siempre y cuando el grupo no se sienta amenazado como grupo por la conducta de sus integrantes. La gran amenaza para estos grupos son las fisiones. La gran amenaza para estos individuos es el ostracismo resultante de la desviación a las expectativas del grupo.

Consecuente con lo anterior, encontramos que estos ancianos suelen vivir muy cerca de los miembros de sus familias. Por disponer de recursos, pueden darse el lujo de mantener sus residencias y el personal que las atiende. Estas personas son vecinas de sus familiares tanto en Cuernavaca como en sus residencias en el D.F., u otras localidades.

ACTIVIDADES:

No hay una diferencia muy grande en las actividades de estas personas según sus sexos. Los ancianos siguen sosteniendo relaciones sociales con los miembros de su grupo como principal actividad. Para ello buscan diversos escenarios: Club de Golf, Acapulco, comidas, reuniones. Lo importante parece ser un eterno intercambio de información; un constante reforzamiento normativo.

Por expectativas del grupo, los an-

cianos suelen retirarse paulatinamente del mundo laboral, pero permanecen ocupando cargos honoríficos hasta muy avanzada edad, o la muerte, así como las ancianas continúan ejerciendo el rol informal de "gerentes de relaciones públicas" del grupo. Ellas también siguen atendiendo la dirección de las labores domésticas, y muy de vez en cuando, algún cuidado de los nietos. Veladas de pitillo y naípe, otras la pantalla del televisor, son características para ambos sexos.

MEDICINA:

La atención médica que reciben estos ancianos es generalmente proporcionada por médicos que de alguna manera pertenecen al grupo. En discusiones acerca de la calidad de los servicios obtenidos, por personal médico y hospitalario, este grupo prefiere atenderse con "el primo de . . .", "el hermano de . . .", o "el médico de . . .", que con personal de altas calificaciones. Es curioso notar que este grupo recibe atención médica muy frecuentemente, pero no por ello gozan de mejor salud. El promedio de visitas al médico por año de estos ancianos es de 18 para las mujeres y de 12 para los hombres. No es infrecuente que estas personas recurran, para achaques menores, a la homeopatía. Pero entre los casos estudiados sólo lo hacían aquellos del grupo dirigente con raíces más provincianas, con patrones más decimonónicos. Los ancianos dirigentes de corte cosmopolita se burlaban del gusto por las "escencias" de los

otros. Ningún otro tipo de medicina alternativa al Modelo Médico Hegemónico²² era utilizado por las personas de este grupo.

ENVEJECIMIENTO:

Las edades de los casos pertenecientes a la clase dirigente versaban entre los 75 y los 86 años. Todos se calificaban así mismos como ancianos. Sólo una de ellas, la más joven de 75 años de edad, había tenido alguna enfermedad sería recientemente (infarto al miocardio). Los demás gozaban de excelente salud; a pesar de que el 10% había tenido cáncer hacía más de un lustro, pero no habían vuelto a tener problemas. Las enfermedades y síntomas que aquejaban a este grupo eran las siguientes:

Arteriosclerosis	50%
Cardiopatías	20%
Padecimientos de venas vasos periféricos	10%
Hipertensión	40%
Artritis	30%
Diabetes Mellitus	30%
Problemas visuales	50%
Problemas auditivos	40%

A pesar de que el 50% de los ancianos de la clase dirigente no tenían ninguna enfermedad ni síntoma, los individuos

estudiados eran muy "achacosos". Cualquier gripa los hacía consultar al médico. Ni costos ni tiempo ni transporte son problema para ellos: por lo que pueden permitirse frecuentes servicios profesionales.

Los hombres dijeron sentirse "viejos" al abandonar el mundo laboral y/o ver que sus descendientes hacían las cosas muy diferente que lo que ellos las hubieran hecho.

Cuatro de las cinco mujeres investigadas afirmaron sentirse viejas desde que perdieron su atractivo físico sexual. La única que no manifestó esta opinión es la más joven (de 75 años) que siguió teniendo una relación sexual hasta que le dió el infarto a los 74 años. El infarto, más que la pérdida de esa relación, la hizo sentirse "vieja" por primera vez.

ENFERMEDAD E INVALIDEZ.

La enfermedad e invalidez en este grupo no constituye gran problema. Debido a las facilidades que proporciona una situación económica próspera, enfermos, inválidos y seniles pueden gozar de las comodidades y privilegios de permanecer en sus domicilios con la asistencia del personal necesario. Como se mencionó anteriormente, estos ancianos viven cerca, pero no con, sus familiares. Esto per-

²² E. Menéndez. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención*

(gestión) en salud. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata No. 86. 1983.

mite que los problemas que acarrea la convivencia con los inválidos no tengan que ser sufridos por sus familiares. Los ancianos reciben visitas frecuentes de los miembros femeninos del grupo y de vez en cuando de los varones. Para estos ancianos "un día en cama" no acarrea ningún problema y en varias ocasiones achaques menores les proporcionan el "pretexto" para tomarlo. En otros casos no guardan cama porque el reposo excesivo los "entume" pero no porque no puedan hacerlo.

La enfermedad de algún miembro del grupo constituye un medio de confirmar la solidaridad grupal. De tal suerte que el enfermo tiene un halo de santidad, y el grupo gira en derredor de él. Los ancianos de este grupo comúnmente comentan sus achaques con familiares y amigos. Y estos achaques —a su vez— constituyen motivo de interés y conversación entre los demás miembros del grupo.

CLASE ASALARIADA CON ESTABILIDAD LABORAL: TRABAJADORES MANUALES Y DE OFICINA

La red de relaciones sociales del sector que gozó estabilidad laboral e ingresos seguros en la muestra estudiada, tuvo características estructurales similares: la más notable fue que todos tuvieron una densidad del 100%, y que todas sus redes estaban compuestas casi exclusivamente por familiares. Estas dos características idénticas, entre personas que aparentemente pertenecen a

grupos sociales diferentes —según cualquier teoría de clases sociales—, nos hace ver la importancia sociológica del estudio de los fenómenos de la salud y de sectores de la población que ya no están insertos en el mercado laboral. Asimismo, las dos dimensiones del modelo douglasiano nos arrojaron luces para entender a estas personas como una clase social. Por último, se corroboraron resultados de otras investigaciones²³, ²⁴ y ²⁵, acerca de las características peculiares de los obreros de Cuernavaca que en su mayoría tenían alta escolaridad y procedían del D.F., u otros sitios; no habiendo favorecido CIVAC a la creación de fuentes de trabajo para la población local.

Ambos conjuntos de ancianos (ex oficinistas y ex obreros) tienen muchas características similares:

- 1) Seguridad de un ingreso fijo mensual procedente de la pensión que les otorgan IMSS o ISSSTE.
- 2) Necesidad absoluta de su pensión aunque en todos los casos resultó no sólo ser raquítica sino verdaderamente risible.

²³ R. Varela. *Expansión de Sistemas y Relaciones de Poder: Antropología Política del Estado de Morelos*. México: CIESAS (tesis doctoral) 1983.

²⁴ P. Arias y L. Bazán CIVAC: *un proceso de industrialización en una zona campesina*. México: CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata No. 1. 1980.

²⁵ Raúl Nieto: Comunicación personal.

- 3) Consecuentemente hay una necesidad imperiosa de otras fuentes de ingreso, y estas otras fuentes siempre provienen de sus familiares y descendientes, que en todos los casos resultaron ser trabajadores fabriles o de "cuello blanco" indistintamente.
- 4) Los años de trabajo de estos ancianos les permitieron adquirir (en los 'gloriosos 60s', junto con otros familiares), algún terrenito en donde ahora viven con muchos otros miembros de sus familiares. Por lo general compartían el terreno con descendientes, pero no exclusivamente.
- 5) Una ausencia de relaciones sociales "informales", por ejemplo; amistades. Ninguno conservaba relaciones amistosas del tiempo cuando trabajaban. Hablaban de haber tenido compañeros, pero no amigos. De alguna manera la organización jerárquica de sus centros de trabajo impedía alianzas horizontales y más bien existían "lealtades" hacia los "superiores" de quienes provenían los beneficios. No existían facilidades en los ambientes laborales para establecer alianzas horizontales (más bien lo contrario).
- 6) Escolaridad similar entre obreros y empleados de oficina.
- 7) En una misma familia existían los dos tipos de asalariados.
- 8) En la división social del trabajo, en las unidades domésticas donde vivían estos ancianos con sus familiares, había siempre trabajo para ellos que era necesario para el bienestar de todos. Pero así como en su mundo laboral pasado, fueron piezas de un engranaje jerárquico, ahora también, al interior del grupo familiar se encontró una organización jerárquica en donde algunos miembros se subordinaban a otros. Estas organizaciones jerárquicas estaban dictadas por razones fundamentalmente económicas en donde "alfa" es quien más aporta y "omega" quien menos. Pero también el comportamiento "intachable" gana un lugar en la jerarquía familiar.
- 9) En consecuencia con lo anterior, se encontró una fuerte religiosidad entre estos ancianos. Junto con dicha religiosidad, sorprendió constatar una muy baja —o nula— participación política, ni siquiera durante las elecciones. Todos estaban de acuerdo con el sistema político mexicano y las relaciones verticales que lo caracterizan. Todos guardaban en la memoria los tiempos difíciles del movimiento revolucionario de 1910. Y todos decían no preocuparse mucho por la actual crisis pues sentían que lo "peor" ya no les tocaría.
- 10) También, en consecuencia con lo anterior, el control del comportamiento estaba dado por las expectativas del grupo familiar y, sobretudo, por las expectativas de los 'jefes' del mismo. Existían fuertes exigencias morales y moralizantes

para seguir ciertas pautas de conducta. Estos patrones constituían una garantía para la solidaridad de la familia.

Atención y Servicios Médicos: Todos estos ancianos eran derechohabientes de algún servicio de medicina social de país: IMSS o ISSSTE; por tanto, recibían atención médica gratuita en estos centros. Sin embargo, cuando los síntomas persistían recurrían a consulta privada. También hacían uso de hierbas, oraciones, hueseros, etcétera. A pesar de tener la posibilidad de consulta médica gratuita, no era muy frecuente que recurrieran a ella: el transporte constituía un problema. No siempre había quien los pudiera acompañar (y no iban nunca solos a consulta). Las horas de espera para entrar a consulta los desalentaba. Los irracionales reglamentos que impiden dar consulta a varios miembros de una familia el mismo día hacían también más difíciles las cosas. El trato impersonal y despótico los amedrentaba.

El promedio de visitas médicas (medicina occidental u otras) por año, era de siete, tanto para hombres como para mujeres.

Envejecimiento: Los ancianos de este grupo son los que declararon haberse vuelto viejos antes que los de ningún otro grupo. Las edades en las que dijeron haber envejecido variaron entre los cincuenta y los sesenta años, y aunque durante la investigación sus edades cifraban entre los 70 y los 86 años, se puede decir que la mayoría se

encontraba entre los 70 y los 75, siendo su aspecto, mucho mayor. Algunos mencionaron que la edad de la pensión contribuyó a definirse como viejos, pero todos acordaron que la jubilación no fue el factor determinante, pues ya la salud de todos era muy precaria cuando terminaron la etapa laboral. En las biografías de estos ancianos aparecieron enfermedades funcionales o "neurosis viscerales"²⁶ en un 60% de los casos. Las más frecuentes fueron gastritis y úlceras gastroduodenales, colitis y asma. También hubo un 70% de casos con insomnio desde la juventud.

Las enfermedades y síntomas que se encontraron en este grupo fueron:

Cardiopatías	80%
Padecimientos respiratorios agudos	90%
Gastroenteritis	100%
Cáncer	40%
Nefritis	20%
Úlceras Gastroduodenales	10%

²⁶ M. Gaglio: "Neurosis y Sectores Medios: ¿Una alianza de Clase?" En F. Basaglia y otros *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imágen. 3a. ed. 1981.

Padecimientos respiratorios crónicos	40%	to el sufrimiento como la atención brindada a un enfermo.
Cirrosis	20%	TRABAJADORES JORNALEROS SIN ESTABILIDAD LABORAL
Artritis	80%	
Problemas auditivos	60%	La red de relaciones sociales de los ancianos que trabajan como jornaleros, y que no tienen estabilidad laboral muestra características privativas para este sector. Básicamente, llama la atención el reducido número de personas que la componen, lo que significa que estos ancianos interactúan con muy poca gente. También es un rasgo interesante notar que estas redes están compuestas únicamente por descendientes, por uno que otro vecino y por el, o los patrones contemporáneos. Este rasgo es de suma importancia, pues es el explicativo del patrón de envejecimiento tardío en este grupo. Los ancianos que han llegado a edades avanzadas dentro de este sector de la población, lo han hecho por ser personas físicamente muy resistentes, biológicamente fuertes. Pero en general, este sector muere a edades más tempranas que los demás; y esto lo prueba la ausencia de hermanos, cuñados, etcétera, vivos. También, durante entrevistas realizadas con estos ancianos, se obtuvo información de que ellos eran los más sanos de sus familiares, desde la niñez. En 80% de los casos ellos fueron los primogénitos y 20% fueron los miembros más jóvenes de grandes familias nucleares. Tanto en el caso de primogenitura, como en el de los "benjamines", hay indicaciones de que tuvieron más
Problemas visuales	80%	
Accidentes	20%	

Este grupo de ancianos tiene necesidad de realizar una serie de actividades en la división del trabajo doméstico, sin embargo, su salud endeble, les impide llevarlas a cabo siempre. No obstante, es raro que permanezcan en reposo absoluto más que cuando es estrictamente indispensable, v. gr.: por hospitalización. Es cierto que sólo dos de ellos tenían un cuarto para ellos solos en sus casas. La mayoría compartía su habitación con uno o más miembros de la familia, por lo que el reposo resultaba harto difícil.

Invalidez: La senectud e invalidez en este grupo es un problema tanto para la familia como para el individuo. La familia se encarga totalmente del cuidado del inválido pero esto constituye una carga de trabajo considerable para las mujeres de la unidad doméstica. El inválido, a su vez, sufre las consecuencias de inactividad forzada en circunstancias poco propicias, v. g.: hacinamiento. Sin embargo, el inválido tiene un lugar en estos grupos familiares y una ideología que sublima tan-

cuidados y mejor alimentación que sus hermanos durante la primera infancia.

Sólo el 20% de estos ancianos convivía con algún descendiente (hijas) pero la regla fue encontrar que estas personas vivían solas, o con sus cónyuges. Las razones de lo anterior fueron múltiples: los descendientes de las personas de esta clase social pertenecen también al grupo de jornaleros sin seguridad laboral, lo que implica que sus ingresos están muy por debajo del salario mínimo. Viven en cuartos redondos, lo que hace casi imposible la convivencia con los ancianos. Por último, el 80% de los ancianos seguía trabajando para ganarse la vida, lo que les permitía conservar su muy preciada independencia. Ninguno de ellos deseaba tener que llegar a vivir con algún descendiente: hablaba de dificultades con nueras, yernos o nietos.

Todos los ancianos jornaleros migraron hacia la ciudad de Cuernavaca cuando fueron jóvenes. Un gran número de ellos eran hijos de trabajadores de las haciendas decimonónicas que temieron la venganza de los patrones si aceptaban tierras del reparto agrario. Y cuando se dieron cuenta que no había problemas era demasiado tarde para obtenerlas. Cuernavaca comenzó a ser un zona centrípeta con muchas fuentes de trabajo informal de jardinería, servidumbre, construcción, etcétera, cuando gran número de capitalinos fincaron sus residencias para los fines de semana. Entonces fue cuando las familias de nuestros ancianos migraron a la ciudad. Como sus ingresos eran

muy bajos e inestables pocos de ellos mandaron a sus hijos a la escuela, y si lo hicieron fue sólo para aprender a leer y escribir rudimentariamente. Pero ninguno de ellos terminó siquiera la primaria. La ayuda de los hijos fue indispensable para poder sostener las necesidades de las grandes familias. Lo mismo sucedió con estos ancianos cuando contrajeron matrimonio y tuvieron hijos: la necesidad económica era demasiado grande como para poder prescindir del poco dinero que los hijos podían hacer cuando entraban también a laborar con los patrones del D.F. Además, estos niños contribuían a la economía doméstica cazando y recolectando en las afueras de Cuernavaca.

Una pauta interesante de los jornaleros ancianos entrevistados fue que 70% de ellos han encontrado algún "patrón" que les ha brindado facilidades habitacionales: ya sea derechos a ocupar algún terreno, algunos cuartos o chozas gracias a lo que ninguno paga renta. Esto permite que lotes pertenecientes a personas que especulan con la tierra aparenten ser habitados, no sufran invasiones, etcétera.

Las redes de relaciones sociales de estos ancianos tienen una densidad aparentemente alta pero esto es sólo porque muy pocas personas las constituyen. De el reducido número de miembros hay sólo tres factores: 1) El de descendientes, donde no todos los descendientes figuran pues sólo se cuantificaron aquellas relaciones sociales que efectivamente sucedieron du-

rante un año, en donde realmente hubo interacción. Muchos de los descendientes de estos ancianos, incluyendo hijos, no frecuentan a sus padres ni siquiera una vez al año. 2) El sector de vecinos indica que estos ancianos mantienen algún tipo de relación, a nivel de intercambio de servicios, con alguno(s) de sus vecinos. 3) El sector de los patrones no suele ser muy grande porque no tienen muchas relaciones con personas que les puedan proporcionar trabajo. El o los patrones que suelen tener no los emplean toda la semana; no tanto porque los ancianos no deseen trabajar, sino porque no encuentran muchos espacios donde puedan realizar labores. Los patrones quieren trabajadores fuertes, eficientes y rápidos. Sólo los emplean cuando los han conocido por algún tiempo y saben que son de mucha confianza. De tal suerte no es difícil que les dejen las llaves de sus residencias para que hagan el jardín cuando ellos no se encuentran allí. Pero esta situación nos habla también de la situación económica precaria de estas personas.

Los controles que regulan el comportamiento de estos ancianos son una serie de normas y principios que los hacen "confiables" para prestar sus servicios en las casas de personas con ideología burguesa: abnegación, humildad, sumisión, carencia de 'pasiones', agradecimiento, respeto, recato, responsabilidad, etcétera, son indispensables. La aceptación de un mundo donde hay patrones y sirvientes, en donde los patrones son como "dioses"

y los sirvientes merecen estar donde están por su falta de preparación. Un mundo lleno de principios, normas y ordenanzas que se obedecen sin respingo; un mundo que les obliga a un grado enorme de estoicismo para aprender a sentir como prioritarias las necesidades de otros (los patrones) y hacer a un lado las necesidades propias subsumiéndolas como menos importantes. Este es el mundo que les permite a estos ancianos subsistir en un grado de gran miseria. No se sienten merecedores de nada y están agradecidos simplemente de que se les de el derecho de seguir adelante "hasta que Dios se los lleve".

Actividades: Estos ancianos, por vivir solos y por seguir trabajando después de los 80 años, dedican todas las horas de vigilia al trabajo, tanto doméstico como remunerativo. No tienen tiempo, ni dinero, para ningún tipo de distracción. Es muy rara la ocasión en que visitan o son visitados. Ellos tienen que hacer frente a todas las actividades que implica la supervivencia urbana y semiurbana: las realizan a un ritmo poco veloz pero constante. Las pocas ocasiones que alguna enfermedad los obliga a mantener reposo, se ven orillados a prescindir de las cosas. Un caso ilustra esto: una mujer de 76 años que trabajaba como lavandera, enfermó y perdió —por haber faltado— dos de los tres días de la semana que tenía trabajo. Entonces optó por no levantarse de la cama para no sentir hambre ni necesitar nada el resto de la semana.

Medicina y Atención Médica: Cuando estos ancianos enferman recurren, en primer lugar a la automedicación con hierbas y pastillas. Su conocimiento de las hierbas y remedios de la medicina tradicional les ha acarreado en no pocas ocasiones acusaciones de 'brujería' por parte de algunos de sus vecinos.

Si la automedicación no los alivia recurren a consulta médica asistencial, ya sea de algunas religiosas o de el hospital Civil de la ciudad de Cuernavaca. Sólo cuando la medicina asistencial no surte efecto es cuando pagan consulta a algún medico privado que viva cerca de sus domicilios pues el transporte se les dificulta. Cuando "ni el médico privado" puede curarlos entonces, ellos solos, con reposo y más hierbas, o llegan a mejorarse, o aprenden a vivir con ese nuevo "achaque".

Envejecimiento: Consecuente con la situación socio-económica y normativa (ideológica) prevalenciente en los ancianos jornaleros, el envejecimiento de este sector ha sido muy tardío. Sus edades cronológicas versan entre los 76 y 94 años. Ninguno se sintió viejo antes de los 80 y 85 años de edad. Tal como si sintieran que no pueden darse el lujo de declararse viejos, estos ancianos siguen "jalando" pues de no hacerlo morirían de hambre.

Salud y Enfermedad: Las enfermedades más comunes entre las personas de este grupo son:

Padecimientos respiratorios agudos	100%
------------------------------------	------

Gastroenteritis	90%
Cirrosis	40%
Artritis	80%
Hernias y prolapso perineales	30%
Desnutrición	40%
Problemas auditivos	50%
Problemas visuales	40%
"Dolencias" no identificadas	60%
Accidentes	70%

En general, se puede decir, que las personas de este grupo padecen sobre todo de una patología que ha sido identificada con la pobreza.²⁷ En las biografías de estos ancianos han aparecido infecciones respiratorias y gastrointestinales con frecuencia. Todos han tenido épocas, o han estado persistentemente desnutridos.

Enfermedad e invalidez: La senectud imposibilitante y la invalidez en este grupo, es un problema sumamente grave. No tuvimos ni un sólo caso que llegara a estar en esa situación durante el periodo de estudio: dos de ellos fallecieron antes de llegar a la invalidez total. Pero según parece estas personas tienen dos alternativas únicamente: o bien se acuestan y mueren de inanición (ésto sobre todo cuando

²⁷ D. López Acuña *La salud desigual en México*. México: UAM-I (informe inédito). 1982.

no frecuentan a ninguno de sus descendientes) o bien terminan por ser recluidos en algún asilo. Sólo dos de los descendientes de estos ancianos habían pensado en la posibilidad de que alguno de sus padres llegara a encontrarse en la situación de necesitar vivir con ellos. Estos casos eran hijos de parejas conyugales de ancianos y la familia consideraba que cuando enviudara alguno de ellos entonces sería menester llevarse al otro a vivir "en familia". En los casos de los ancianos viudos ninguno decía querer vivir con sus descendientes.

La enfermedad para estos ancianos constituye un problema de sobrevivencia: si dejan de trabajar dejan de comer. Por tanto, hay una tendencia a pasarse las enfermedades "de pie" sin permitir que estas los imposibiliten. A veces los descendientes acuden a brindar ayuda a los ancianos enfermos (por ejemplo, a traerles alimento de vez en cuando) para que puedan cuidarse alguna enfermedad. Otras veces se les veía moviéndose a un paso más lento y fatigado con tal de no abandonar sus actividades.

ANCIANOS INTERNADOS EN ASILOS

Debido a que los ancianos internados en asilos de nuestra muestra²⁸ perte-

²⁸ Alicia Espinosa, *Opciones de vida para la mujer anciana dentro de zonas urbanas: Informe sobre la segunda Práctica*

necen a la clase jornalera, los rubros de salud, enfermedad y envejecimiento se asemejan a los que acabamos de reseñar en el apartado anterior. Las redes de relaciones sociales de estos ancianos son muy pequeñas. No siempre incluyen a algún familiar; están más bien compuestas por una cuantas personas del asilo. El comportamiento de los internos está totalmente regulado por los reglamentos del asilo, por las expectativas del personal y de los otros internos. Aunque parte de las expectativas consistan en contar con conductas excéntricas, la excentricidad senil se encuentra regulada por la institución.²⁹ Un anciano internado pierde sus roles y su identidad. Por ende, aunque el asilo cuente con grandes comodidades, el anciano jamás deseará permanecer interno.

ANCIANOS INTELECTUALES, ARTISTAS Y PROFESIONISTAS "POR VOCACION" E INDEPENDIENTES

La red de relaciones sociales de estos ancianos, tiene características estructurales que la distinguen: muy baja densidad, la casi total ausencia de sec-

de Campo que se realizó en Cuernavaca, Estados de Morelos. México: UAM-I (informe inédito). 1982.

²⁹ E. Goffman *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Middlesex: Penguin Books. 1968.

tores y una obvia falta de relaciones múltiples³⁰ con los individuos que las constituyen. Estas características, en el contexto social inmediato, les confiere una gran autonomía individual. De acuerdo con Douglas, "por definición, la experiencia social del individuo, no se encuentra constreñida por ninguna limitación externa".³¹ Asimismo, la no pertenencia a instituciones, les dota de una falta de restricciones conferidas "por signos sustantivos de estatus adscritos",³² ya que cualquier clasificación social en la que se encuentren será sólo temporal, y sus limitaciones, fácilmente manipulables.

Las mismas características estructurales de las redes de estos sujetos nos permite vislumbrar el hecho de que sus relaciones sociales se encuentran flotando en un contexto de ambigüedad, en donde derechos y obligaciones no son explícitas ya que no hay ninguna organización grupal ni institu-

cional para fijar normas. Por tanto, las obligaciones y los derechos de estas relaciones sociales, nacen de la relación misma.³³ Sus derechos y obligaciones están más bien implícitas y contenidas en los términos en que se encuentren definidas las relaciones en cada momento. Sin embargo, como estos sujetos han elegido la no pertenencia a grupos e instituciones, para poder desarrollar su trabajo, ninguna de sus relaciones queda abierta para intercambios desiguales. No son personas que inviertan mucho en sus relaciones sociales, ni tampoco permiten que sus amigos y conocidos tengan demasiadas atenciones para con ellos. Cualquier intercambio desigual generaría poder, y el poder, compromiso. Los compromisos coartan la independencia que es considerada como el valor supremo para estos ancianos.

La independencia de estos ancianos se encuentra también manifiesta en la amplia diversidad de personas con las que se relacionan: gente de todas las clases sociales y de múltiples nacionalidades forma parte de sus redes. Esta aparente dispersión les permite permanecer apartados de las expectativas en su comportamiento. Lo que podría comprometerlos a realizar actividades ajenas a su quehacer, y a su voluntad. Las ocupaciones elegidas por estos ancianos durante todas sus

³⁰ Para Kapferer las relaciones uniplejas son relaciones que tienen un solo contenido de rol y las múltiples son aquellas que tienen más de un rol en su contenido, o sea que las personas se encuentran vinculadas por más de una manera. B. Kapferer "Norms and the Manipulation of Relationships in a Work Context" en J. Clyde Mitchell (ed) *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. P. 23.

³¹ M. Douglas, 1982 b, *op. cit.* p. 207.

³² *Ibidem*.

³³ P. Blau. *Exchange and Power in Social Life*. N. Y.: John Willey & Sons, Inc. 1964.

vidas, son sinónimo de la expresión de su voluntad y requieren de mucho tiempo e independencia para ser realizadas. Algunos son, y han sido, pintores, otros compositores, otros científicos, escritores, etcétera. Todas ellas, actividades que requieren de una disciplina que lleva horas en dominar, aunada a un abandono total de las fórmulas normativas previas en el terreno que se desarrollen^{34, 35, 36}. En el caso de los ancianos estudiados ya se ha probado el valor de sus obras; por ende, no necesitan invertir en relaciones sociales para ser "seleccionados". Ellos son quienes seleccionan su mundo social, y el mundo que eligen, suele ser precisamente el que les permite un alto grado de independencia. Es importante resaltar que precisamente porque la obra de estas personas ha sido ya reconocida, de alguna manera, todos han logrado —en mayor o menor medida— algún tipo de ingreso económico que les permite atender sus necesidades sin tener que preocuparse demasiado en este rubro. Pero hay que señalar que muy pocos son los que tienen entradas mayores a los \$75,000 mensuales. La independencia de estas personas abarca tam-

bién una independencia en cuanto a las necesidades dictadas por una sociedad de consumo y por tanto sus ingresos les permiten vivir holgadamente.

Actividades: Todos los ancianos pertenecientes a este sector continuaban realizando la actividad artística o científica que ejercían desde jóvenes. Algunos de ellos abarcaban nuevos terrenos y, no era difícil encontrar que, el que había sido pintor, ahora también se dedicaba a escribir. Ninguno de ellos se ocupaba de tiempo completo a la actividad principal y todos tenían muchos pasatiempos. Este grupo de ancianos obtuvo la escolaridad más alta de toda la muestra. Al 80% de estas personas les gustaba aún viajar y gozaban el contacto con la naturaleza. El 70% tenía animales y no pocos declaraban preferir la compañía de éstos a la compañía humana.

Una característica interesante entre las personas de este grupo consistía en constatar, que algunas de sus diversiones, éran precisamente actividades poco sofisticadas. Algunos gustaban de leer ciencia ficción, aventuras, material científico de divulgación popular, ver deportes por T.V., etcétera. Y no en pocas ocasiones se hacían amigos de alguna persona con la que pudieran compatir estas actividades.

Medicina: La atención médica que recibe este grupo, es proporcionada por personal de alta calificación académica. Por lo general, el gusto de estas personas por la ciencia, les hace buscar personal altamente calificado dentro

³⁴ Kuhn *The Essential Tension*. Chicago: Chicago University Press.

³⁵ L. Lomnitz y J. Fortes "Ideología y Socialización: el científico ideal" en *Relaciones* Vol. II No. 6. Primavera 1981. Zamora: Colegio de Michoacán.

³⁶ M. Douglas, 1982 b. *op. cit.*

del gremio médico. Prefieren estar internados en nosocomios de enseñanza, que en hospitales privados aunque esto aparentemente atente contra su independencia, al no siempre poder conseguir cuartos solos.

El gusto por la medicina 'muy científica' hace que estos ancianos estén al tanto de la literatura médica y por ende son el grupo que más cuidado tiene de seguir las indicaciones prescritas por la investigación. Todos cuidan, desde hace años, de no ingerir alimentos ricos en colesterol, de hacer ejercicio diario, etcétera. En general, se puede afirmar que los ancianos de este grupo son los que asisten a consulta médica en la mayoría de las ocasiones por razones preventivas. El promedio de consultas médicas anuales en este sector, es de ocho para las mujeres y seis para los hombres. No fué infrecuente encontrar asistencia médica alternativa durante la juventud.

Envejecimiento: en este grupo no todas las personas se consideraban a sí mismas como ancianas. . . "todavía". Sus edades variaban entre los 72 y los 82 años y el declararse anciano no correspondía con la edad cronológica. Sólo tres de ellos decían ya haberse hecho viejos y las razones que aducían eran, la incapacitación creciente causada por padecimientos orgánicos. Los padecimientos y síntomas registrados en este grupo fueron:

Padecimientos respiratorios
crónicos 40%

Hipertensión	70%
Accidentes vasculares cerebrales	20%
Cáncer	40%
Padecimiento de arterias, venas y vasos periféricos	30%
Cardiopatías	50%
Artritis	80%
Cirrosis y padecimientos hepato-biliares	40%
Diabetes Mellitus	20%
Insomnios	70%
Problemas auditivos	20%
Problemas visuales	100%

Un común denominador entre los ancianos de este grupo, fue el encontrar en sus historias de salud y atención médica un patrón similar. Durante la juventud y la edad adulta se registró una negligencia en cuanto a estos problemas. Pocos solicitaron atención médica oportuna, la mayoría perdió la dentadura alrededor de los cincuenta años, etcétera. Por otra parte, se registró que estas personas cometieron no pocos excesos durante su juventud. No fue infrecuente registrar un tabaquismo muy elevado (de tres a cuatro cajetillas diarias), alcoholismo e inges-

ción de estimulantes (amfetaminas), sedantes, psicotogénicos, etc. Sin embargo, en relación directa con el desarrollo de su actividad predominante, se presentó un alejamiento de los excesos y un aproximamiento hacia patrones más saludables de vida.

Enfermedad e invalidez: Para los ancianos de este grupo la invalidez constituye un problema serio. El principio que regula a este grupo, es la autosuficiencia, por lo tanto, no aceptan la idea de depender de otros, del sacrificio de los jóvenes por los ancianos, etc. En este sector se elige la ayuda profesional, económicamente retribuida, antes de esperar el compromiso familiar. Un porcentaje alto de estos individuos busca medios para cometer suicidios en caso de encontrarse inválidos. Otros prefieren la opción de no atenderse médicamente "para morir lo antes posible". La autosuficiencia indispensable en el patrón de vida de este grupo es un factor determinante para comprender sus actitudes hacia la atención médica y el envejecimiento. Su envejecimiento tiende a ser tardío porque, de alguna manera, puede implicar invalidez. La enfermedad constituye para ellos una amenaza a su autosuficiencia, y por ende, tienden a minimizarla lo más posible ante los demás. Como consecuencia, se atienden físicamente más que ningún otro grupo. Para ellos el comentar que una persona se descuida la salud es un juicio de valor negativo.

CONCLUSIONES

Las variables sociológicas tratadas en los estudios de envejecimiento, se pueden sintetizar en dos vertientes de la teoría funcionalista que cristalizan las formas durkheimianas de control del comportamiento: la solidaridad orgánica y la solidaridad mecánica. Mary Douglas construye un modelo en el que denomina la primera forma como "encasillamiento o aislamiento" llamando a la segunda "grupo". Mediante dicho modelo define cuatro tipos de sociedades y sus consecuentes cosmologías.

Nosotros hemos tratado de aplicar la tipología douglasiana al estudio del envejecimiento. Primero se procuró situar a cada uno de los 59 casos de ancianos investigados dentro de la tipología y resultó que quedaron colocados dentro de diferentes tipos, coincidiendo con la clase social —o fracción de clase— a la que pertenecían, esto es, con su relación a los medios de producción de la sociedad mayor.

Después de describir cada una de las "clases-tipos" en su conjunto se puede concluir:

- 1) el envejecimiento es una característica de clase y varía según la participación en el aparato productivo, la distribución desigual de riqueza y los mecanismos que cada "tipo-clase" se ingenia para sobrevivir, en algunos casos como clase y en otros simplemente como entidades biológicas (esto último dependien-

- do también del aparato productivo de la sociedad). El postular, que el compromiso, el desligamiento, la segregación o la integración son condiciones de un envejecimiento óptimo, es circunscribir la causalidad a meros síntomas. Todos ellos son a su vez consecuencias de la pertenencia a una clase social y las estrategias accesibles a cada clase.
- 2) La inserción en el aparato productivo y su consecuente distribución de recursos escasos se traduce en un número más o menos limitado de posibles maneras en que la interacción entre los sujetos sociales puede llevarse a cabo. La interacción social se da entre sujetos pensantes e inteligentes que actúan según percepciones parciales e información limitada de la realidad.³⁷ Las posiciones de los sujetos pueden variar y el alcance de las formas de ver la realidad en una sociedad es consecuente con, y depende de, las posiciones sociales. Por tanto, las formas de ver la realidad son más estables que las aparentemente cambiantes interacciones de los individuos, porque son formas de ver de clase.
 - 3) Consecuente con los puntos anteriores, encontramos implicaciones importantes para la Antropología Médica en sociedades heterogéneas (clasistas). Existen formas disímiles de ver la realidad y de tratar los problemas de salud y enfermedad: el enfermo que puede ser visto como un ser importante, casi-sagrado, por la traducción social de los grupos dominantes en México, pasa a ser un pecador o alguien que ha roto el equilibrio con la naturaleza entre los grupos intelectuales y bohemios. O es considerado como persona 'poco aguantadora' y 'chillona' entre los jornaleros.
 - 4) Categorías aparentemente físicas cronológicas como la vejez, tienen significados diferentes, dados por las traducciones sociales hechas por las distintas posiciones en el aparato productivo, y de distribución desigual de recursos escasos.
 - 5) El estudio antropológico de salud-enfermedad, se hace en individuos, pero es un estudio de la sociedad mayor en el que se encuentran insertos y de las limitadas opciones y traducciones que dicha sociedad les facilita para aterrizar y hacer frente a sus problemas, tanto como entidades biológicas, como entidades pensantes en pos de soluciones y conceptos.
 - 6) No se puede hablar de enfermedades de los ancianos. Cada clase social padece enfermedades diferentes, o bien, los padecimientos se encuentran desigualmente distribuidos entre las distintas clases. Los jornaleros son aquejados más por enfermedades de la pobreza, (desnutrición, infecciones). La clase alta sufre más de padecimientos de la abundancia (diabetes, arte-

³⁷ P. Blau. *op. cit.*

riosclerosis). El sector asalariado es quien padece del conjunto de enfermedades más variado: tanto de pobreza, como de abundancia y varios padecimientos condicionados por el "stress", otros por condiciones de trabajo insalubres, etc. Los intelectuales que vivieron en una sociedad competitiva se vieron obligados a hacer frente a sus actividades con una gran dosis de tensión que se refleja claramente en los padecimientos que les aquejan en la vejez.

RECONOCIMIENTO

Este trabajo es un resultado parcial del proyecto de investigación titulado "Socialización en el Estado de Morelos" dirigido por Ingrid Rosenblueth de la Universidad Autó-

noma Metropolitana-Iztapalapa. Todos los gastos que ha ocasionado esta investigación han sido cubiertos por la UAM-I.

Mi agradecimiento a: todos los ancianos que me permitieron asomarme en el proceso de su envejecimiento. Edith Gaster por las interminables horas de discusión. Roberto Varela por su orientación y consejo. Ricardo Falomir, Raúl Nieto y Eduardo Nivón por sus comentarios. Eduardo Menéndez por su invitación y consejo. Alicia Espinosa por los datos del asilo Casa Hogar del Anciano, A.C. de Cuernavaca. Patricia Ayala por saber redactar, corregir mis errores y mecanografiar el manuscrito... a pesar de todo. A Claudia Ayala por su excelente, rápido y eficaz trabajo.