

Patrones diferenciales de envejecimiento, salud y enfermedad en diversos sectores sociales urbanos (*) (**)

Por Ingrid Rosenblueth (***)

(*) Una versión abreviada de este artículo aparecerá bajo el título de "Envejecimiento, salud y enfermedad: patrones diferenciales" en la revista *Nueva Antropología* en el número dirigido por el Dr. Eduardo Menéndez dedicado a antropología médica.

Introducción

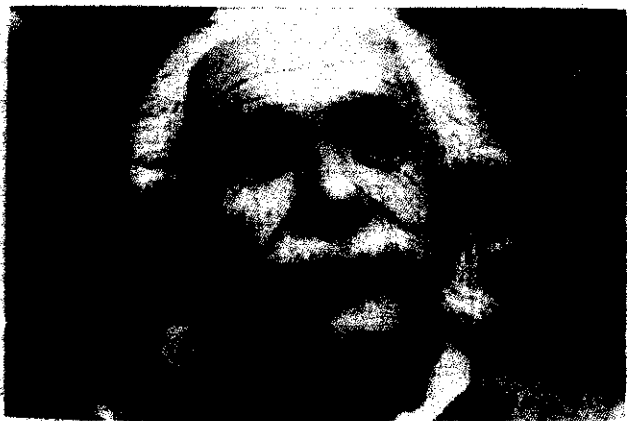
Antes de los ochenta había un vacío muy grande en la antropología de estudios acerca de la vejez. Sólo a mediados de los cuarentas se había producido el hoy clásico *The role of the aged in primitive societies* de Simmons, en Norteamérica. El énfasis del autor estaba puesto en contestar "cuáles eran los posibles ajustes que a los diferentes ambientes ecológicos y sociales podía realizar la vejez. Más específicamente, cuáles garantías para la longevidad proporcionaban los varios ambientes sociales y qué podían hacer los ancianos como individuos para salvaguardar sus intereses".¹ Era un estudio comparativo entre setenta y una sociedades representativas de una amplia gama de latitudes y climas de los cinco continentes.

A principios de los sesenta Jules Henry, en *La cultura contra el hombre*, incluye un análisis de

(**) Este trabajo es un resultado parcial del proyecto de investigación titulado "Socialización en el estado de Morelos" dirigido por Ingrid Rosenblueth y en el que han colaborado Cristina Díaz de la Serna y numerosos alumnos de la licenciatura de Antropología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Dicho proyecto forma parte del programa de investigación del Área de Cultura del Departamento de Antropología de 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, a pesar del cansancio; Ricardo Falomir; Raúl Nieto y Eduardo Nivón por sus comentarios; Alicia Espinosa por los datos del asilo Casa Hogar del Anciano A.C. de Cuernavaca; Eduardo Menéndez y Claudio Lomnitz por la lectura detenida y los comentarios/ Marta Rees y Carlos Garma por jalar parejo/ Dra. Mónica Fjällbäck y al Rosenlunds Sjukhus de Estocolmo por la información brindada/ Patricia Ayala por saber redactar, por corregir mis errores y por mecanografiar el primer manuscrito; Claudia Ayala por su eficiente participación; y "Petrita" por mecanografiar el segundo manuscrito.

1. Leo W. Simmons, *The role of the aged in primitive societies* (1945), Archon Books, 1970 (reimpresión del original), p.v.



diversos asilos de ancianos en Estados Unidos, para concluir que estas instituciones eran una consecuencia más de la cultura del consumismo norteamericano, en donde los elementos inútiles para la producción eran desechados como cualquiera de los bienes manufacturados.

Varios estudios antropológicos han tocado lateralmente a la ancianidad, en tanto ésta ha representado diversos papeles en el quehacer de las diferentes sociedades investigadas. Sin embargo, la vejez no ha constituido un foco de especial interés, porque ha sido incluso difícil para los antropólogos reconocer cuándo ésta comienza. No hay ritos de paso hacia la ancianidad en ninguna sociedad conocida. Algunas culturas fijan ciertas edades para iniciar la vejez, sin embargo, estas edades son variables y no siempre son idóneas para indicar que una persona se ha vuelto 'vieja'.

En Norteamérica los ochenta marcan el surgimiento de un interés de la antropología por investigar la vejez. Sin embargo, los estudios producidos hasta ahora siguen siendo contemplados dentro de un marco ecologista evolutivo, regidos principalmente por el principio de COSTO/CONTRI-

BUCION;^{2, 3} o sea que observan una relación inversa entre el peso demográfico de la gente que envejece y su posición en la sociedad. En la mayoría de las sociedades con baja proporción de ancianos, éstos son altamente estimados. En cambio, los continuos aumentos en la población anciana imponen una carga creciente sobre los grupos de edad más jóvenes, lo cual engendra una imagen negativa de la vejez. Sin embargo, el efecto del peso demográfico no es totalmente negativo: la proporción creciente de la población anciana aumenta su importancia política y la preocupación por investigarlos. El aumento del porcentaje de ancianos en las sociedades industrializadas del Primer Mundo, acreó consigo una afluencia de estudios acerca de la ancianidad por parte de las disciplinas científicas sociales que se ocupaban de estudiar a los países desarrollados, a saber, la psicología y la sociología. Las décadas de los cincuenta, sesenta y setenta han producido abundante literatura acerca del tema.

Desafortunadamente la antropología y las otras disciplinas sociales del Tercer Mundo no se han ocupado aún del estudio de la ancianidad. Esto se ha debido a que el porcentaje de ancianos no es APARENTEMENTE tan grande como el de los países del Primer Mundo. Sin embargo, este es un error, pues en números absolutos hay más ancianos en, por ejemplo, México que en Suecia, Alemania o Francia. Y los ancianos mexicanos se encuentran sostenidos por una población económicamente activa mucho menor que la de esos países. El error está dado por las formas de las pirámides de población tan disímiles en el Tercer Mundo (por la explosión demográfica) de las del Primer Mundo.

Otro problema existente para la ancianidad

2 G. Foster, "Old age in Tzintzuntzan, México", en *Aging: biology & behavior*, McGauch & Kiesler eds., N.Y., Academic Press, 1981.

3 Amoss y Harrell eds., *Other ways of growing old: Anthropological perspectives*, Stanford, Stanford University, 1981.



del Tercer Mundo es que se ha observado una relación directa entre el nivel de productividad de un país y el bienestar de su población longeva. La baja productividad de los países subdesarrollados hace que el cuidado de la población anciana recaiga básicamente en la familia, en los individuos. Y debido a esta forma disfrazada de ocultamiento de un problema que no aparenta ser álgido, la vejez en países como México no se ha convertido en pro-

blema político, ni ha sido estudiada por sus científicos sociales.

Volviendo la atención a la investigación primumundista realizada a la ancianidad, tenemos que aunque en los ochenta éstos han tomado un nuevo impulso, el enfoque que los dirige es el mismo que dirigió a los estudios hechos por sociólogos y sicólogos en las décadas anteriores. Sus conclusiones se repiten. Había que plantearse al envejeci-

miento desde otro punto de vista y la antropología médica ofrecía los instrumentos. Esto es, considerando al envejecimiento como problemático, en vez de darlo como un hecho unívoco. El envejecimiento, como lo han sido la salud y la enfermedad en la antropología médica tercermundista reciente, pasaba a ser la variable dependiente.

Bajo esta perspectiva se ha realizado una investigación durante los últimos cinco años. Consta de cincuenta y nueve estudios de caso de las unidades de Cuernavaca, México y Estocolmo. Los ancianos estudiados pertenecían a diferentes clases sociales: diez eran jornaleros sin estabilidad laboral; diez eran pensionados que durante sus años productivos habían gozado de estabilidad laboral, cinco como obreros y cinco ex oficinistas; diez pertenecían a la clase dirigente tanto empresarial como gubernamental; diez eran intelectuales, bohemios o profesionistas "por vocación"; diez estaban internados en asilos.⁴ Los datos obtenidos de los cincuenta y nueve estudios de caso indicaban una obvia correlación entre patrones de envejecimiento y clase social (Cuadro 1). Pero ¿cómo explicarla? Existía también un factor que hacía difícil una explicación: la proporción de enfermedades de cada sector de clase o clase social no coincidía con la edad de envejecimiento declarada por los informantes. Esto es, estudios previos de sociología médica y gerontología señalaban una correlación entre envejecimiento y una mayor incidencia de enfermedades, particularmente de las crónicas, a pesar del estudio realizado por Birren, Butler, Greenhouse, Sokoloff y Yarrow (1963), cuyos sujetos fueron reestudiados once años después en Granick y Patterson (1971), en los cuales se probó que el proce-

4. Alicia Espinosa, *Opciones de vida para la mujer anciana dentro de zonas urbanas: Informe sobre la segunda práctica de campo que se realizó en Cuernavaca, estado de Morelos, México, UAM-I* (informe inédito. 1982).

so de envejecimiento es independiente de los procesos crónicos patológicos, aunque los condiciona.^{5, 6} Nuestros datos no eran fácilmente explicables, según las investigaciones anteriores. La producción de enfermedades por clase social (Cuadro 2) indicaba una correlación adecuada entre los sujetos internados en asilos solamente. Los demás sectores de clase indicaban una relación inversa. Estos datos nos obligaron a hacer una revisión más profunda de las teorías del envejecimiento existentes.

Teorías del envejecimiento

El estudio sociológico del envejecimiento se ha llevado al cabo principalmente en países primermundistas y, por ende, se ha ubicado en dos tópicos centrales: 1. El debate entre las teorías del 'compromiso' y del 'desligamiento'; y 2. la querrela 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".⁷

La teoría del desligamiento, propuesta por Cumming y Henry, ha motivado grandes controversias, tal vez porque es una de las pocas teorías del 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 mis-

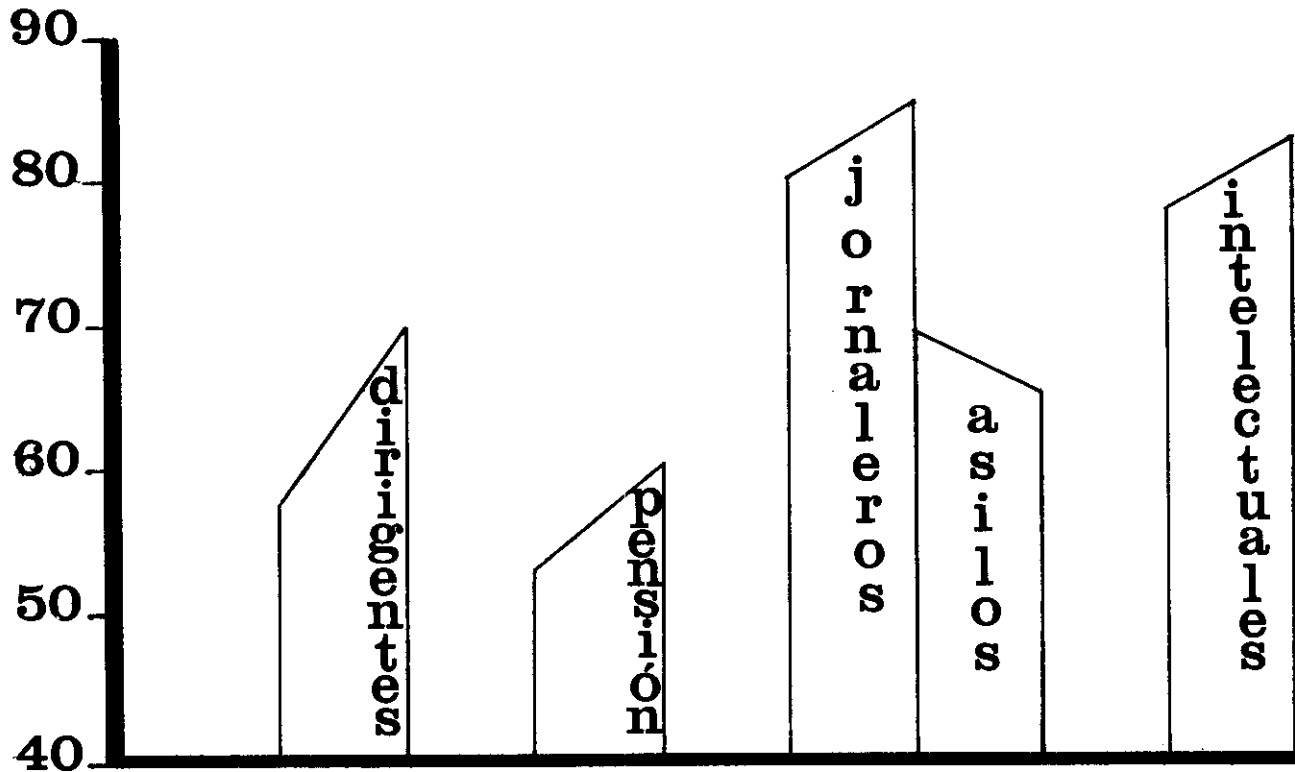
5 J. E. Birren, R. N. Butler, S. W. Greenhouse, L. Sokoloff, y M. R. Yarrow eds. *Human aging: a biological and behavioral study*, Publication No. (HSM) 71-9051. Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1963.

6 S. Granick y R. D. Patterson eds., *Human aging II: an eleven year following biomedical and behavioral study*, Publication No. (HSM) 71-9037, Washington D.C., US Government Printing Office, 1971.

7 Y. Talmon, "Envejecimiento: aspectos sociales", en *Enciclopedia internacional de ciencias sociales*, dirigida por David Sills, Madrid, Aguilar, 1979.

edad

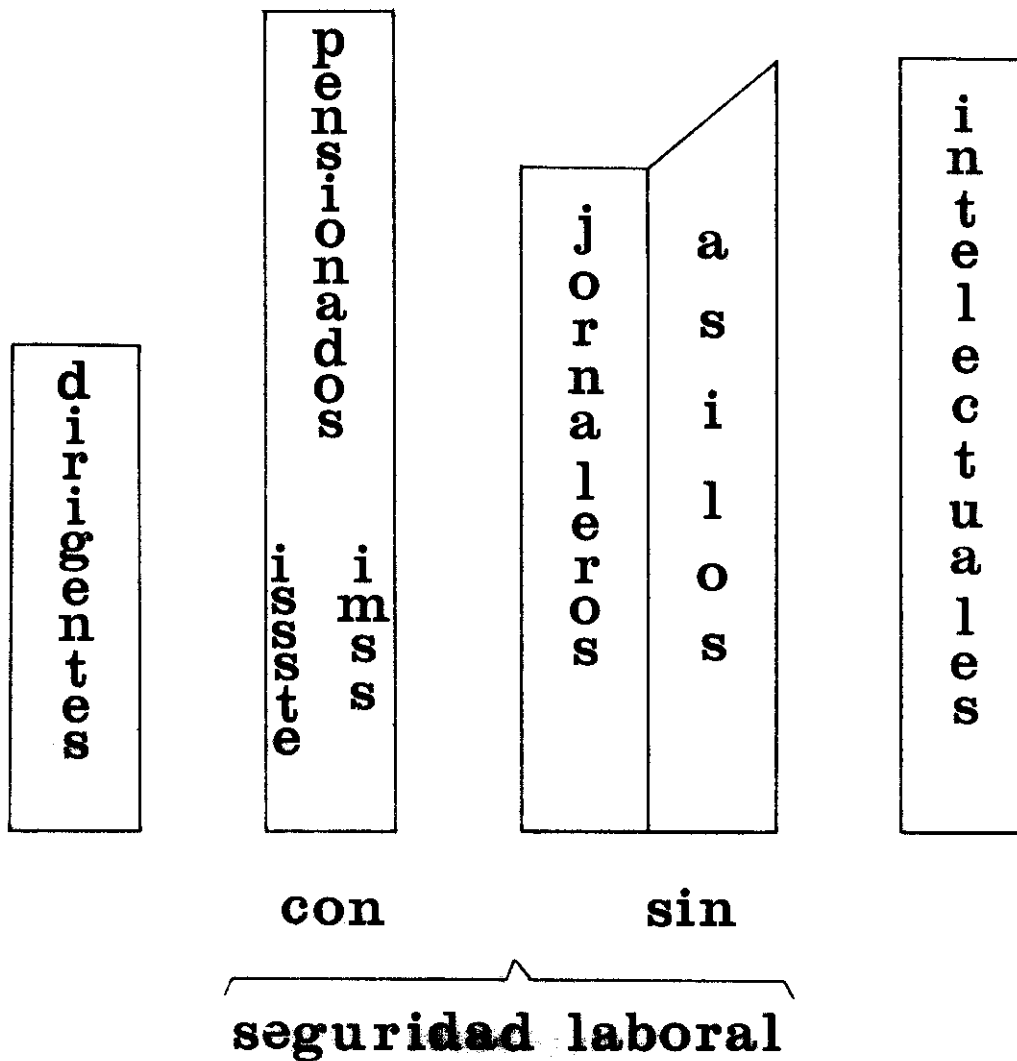
CUADRO 1: Edad de envejecimiento
(Criterios subjetivos)



con sin

seguridad
laboral

CUADRO 2: Proporción de enfermedades
Por clase o sector de clase social



mo sistema social".⁸ 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 "libertad" de las restricciones normativas y permitiendo el retiro. Obviamente, esta teoría encontró numerosas críticas;⁹ 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 incorporar a las nuevas generaciones;¹⁰ 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.¹¹

8 E. Cumming y W. E. Henry, *Growing old: the process of disengagement*, N.Y., Basic Books, 1961, p. 14.

9 D. B. Bromely, *The psychology of human aging*, Middlesex, Penguin Books, 1977, pp. 142-143.

10 L. G. Moore, P. W. Van Arsdale, J. E. Glittenberg y R. A. Aldrich, *The biocultural basis of health: expanding views of medical anthropology*, San Luis Missouri, C.V. Mosby, 1980.

11 H. J. Havighurst; B. L. Neugarten y S. S. Tobin, "Disen-

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 el 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 no alianzas a grupos, etc. Para poder realmente analizar empíricamente la existencia o no del 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 de los grupos. Más adelante volveremos a este aspecto.

El segundo debate, que ha ocupado a los estudiosos del envejecimiento óptimo, ha sido denominado por Talmon como "la controversia integración-segregación",¹² representada por los que sostienen la integración intergeneracional de los ancianos a los núcleos familiares y sociales, contra los partidarios de instituciones residenciales exclusivas

agement and patterns of aging", en B. Neugarten ed., *Middle age and aging*, Chicago, University of Chicago Press, 1968, p. 161.

12 Talmon, *op. cit.*, p. 303.



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 socioeconómicas¹³ muy

¹³ M. Foucault, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1981.

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 su vida autónoma, libre e independiente.

Las teorías del envejecimiento revisadas no plantean al envejecimiento como problema a investigar. Lo plantean como un hecho biológico innegable, ante el cual podían las sociedades encontrar fórmulas óptimas que lo harían más llevadero. Así, las teorías del compromiso, del desligamiento, de la integración o la segregación de ancianos, eran a la vez recetas y recomendaciones de qué hacer con ellos. Pero el querer comparar personas que aparentemente envejecían a edades muy diferentes requería de otro tipo de explicación, de un modelo que ayudara a operacionalizar las obvias diferencias de clase encontradas.

El modelo de Mary Douglas aplicado al estudio del envejecimiento

Mary Douglas,^{14, 15} 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.¹⁶ Según la autora su modelo es “un acercamiento a la cultura, que toma en consideración las fuerzas

sociales, seleccionando del campo cultural total, las creencias y valores que son derivables en tanto justificaciones para la acción que (ella considera), como constitutivas de una cosmología implícita”.¹⁷

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 1, que constituyen cuatro posibles entornos sociales en los que un individuo pueda encontrarse.

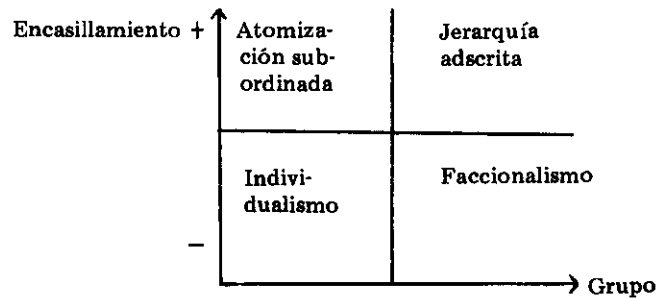


FIGURA 1 18

Douglas pasa a hacer un 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 para tratar de ordenar el material obtenido en los cincuenta y nueve estudios de caso realizados a ancianos de las ciudades de Cuernavaca, México y

14 Mary Douglas, "Introduction to grid-group analysis", en M. Douglas ed., *Essays in the sociology of perception*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1982 a.

15 Mary Douglas, "Cultural bias", en *In the active voice*, de Mary Douglas, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1982. b.

16 *Ibid.*, p. 190.

17 *Ibid.*

18 Douglas, 1982 b. *op. cit.*, p. 4.

Estocolmo. 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 sociales representadas en nuestra muestra, y las

causas de esta diferenciación. De manera que al aplicar las dimensiones o coordenadas utilizadas por Douglas, según los rasgos de nuestra muestra, la población investigada quedó distribuida de la siguiente manera (Figura 2):

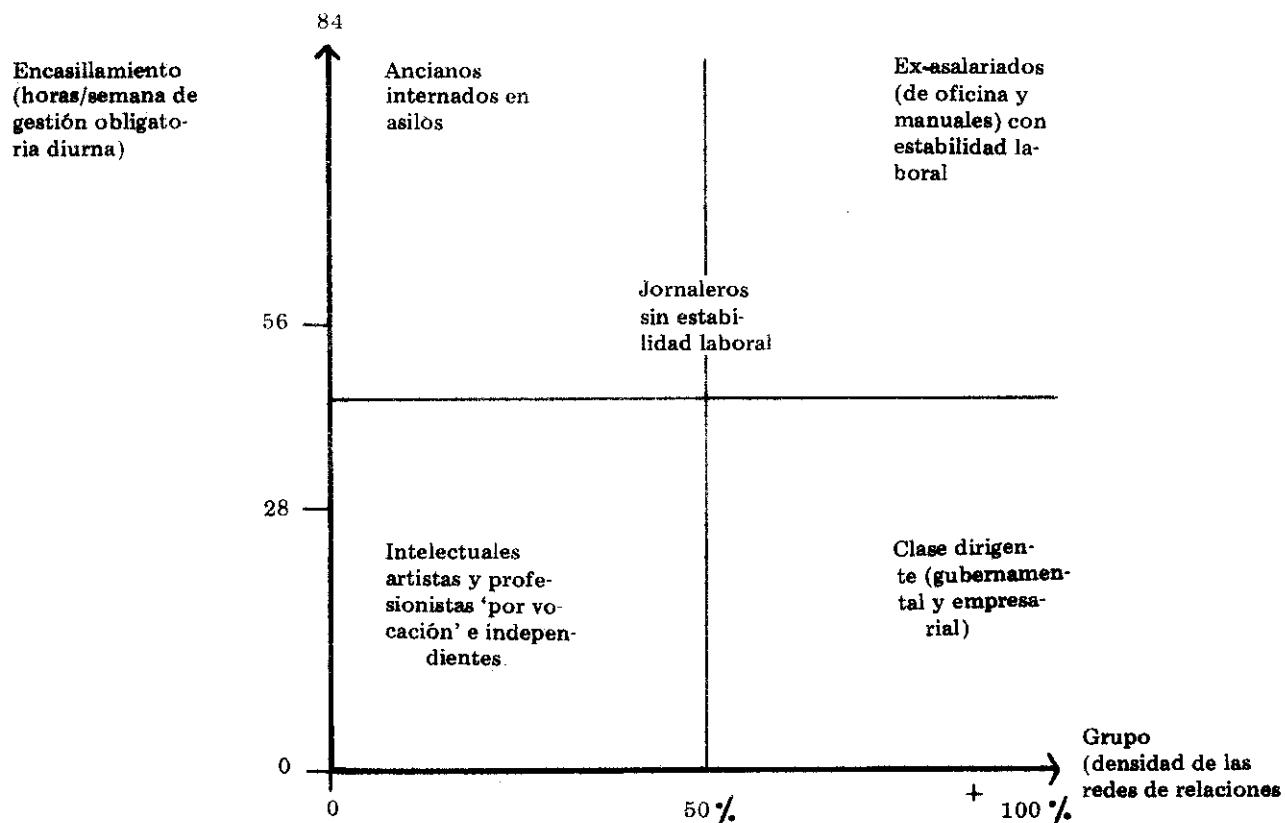


FIGURA 2

La dimensión "grupo" fue medida en cada uno de los sujetos de estudio al hacer sus redes de relaciones sociales.¹⁹ Las características estructurales en las redes de cada persona (alcance, densidad y sectorización) fueron constreñidas en cinco grupos que coincidieron con dos tipos o fracciones de clase y tres clases sociales a los que éstas pertenecían. Igualmente se midieron los "controles" que regulaban "comportamiento",²⁰ 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 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. 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, alienación, distintas formas de existencia", etc.²¹

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 operacionalizable, de traducir las fuerzas sociales 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 el D.F., con las redes de otras investigaciones de dirigentes políticos e industriales del D.F.,²² resalta de inmediato el parecido. La figura número tres es la representación diagramática de la red de relaciones sociales de un empresario del D.F. La hemos utilizado para ilustrar el tipo de redes encontradas en todos los casos

19 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. En el presente trabajo se enfatizó en la densidad como característica estructural más relevante para medir el grado de la dimensión de grupo de cada anciano. 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", en I. Rosenblueth, *Roles conyugales y redes de relaciones sociales*, México, UIA, tesis inédita, 1978.

20 Se operacionalizó la dimensión "encasillamiento" para cuantificar los controles ejercidos sobre el comportamiento de los ancianos, contando la cantidad de tiempo diurno en horas/semana de gestión obligatoria. El caso extremo es un asilado cuyo tiempo está totalmente determinado por la institución. La medida opuesta sería el individualista para quien su quehacer es autogestión pura.

21 A. C. Laurell, Introducción, en Mario Timio, *Clases sociales y enfermedad*, México, Nueva Imagen, 1979, p. 17.

22 Rosenblueth, *op. cit.*

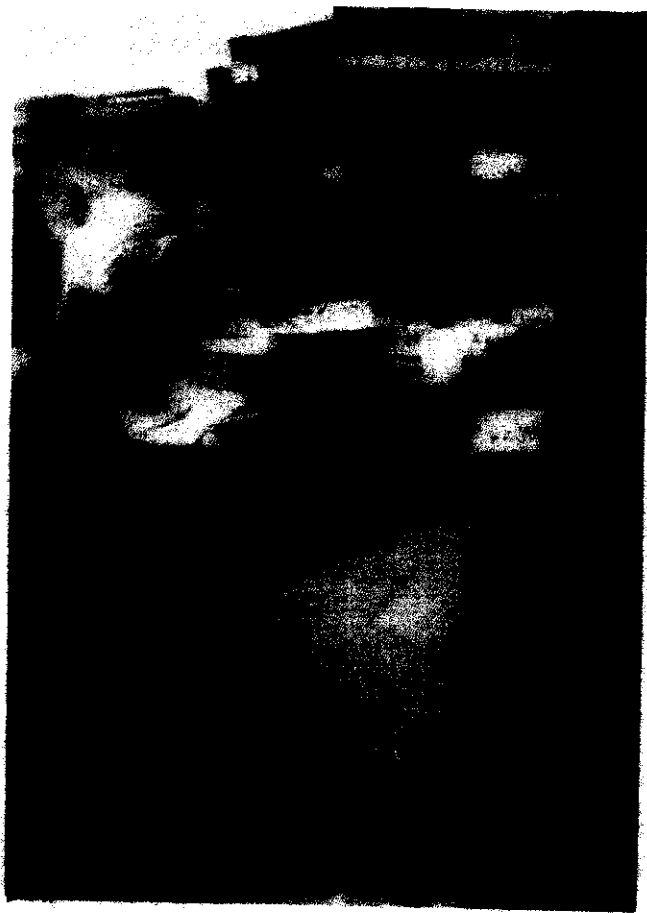
pertenecientes a este sector. Las características estructurales más relevantes de las redes de la clase dirigente son una alta densidad,²³ y una clara sectorización,²⁴ aunque hay que enfatizar que esta tendencia a sectorizar no reduce la existencia de relaciones sociales entre los componentes de la red. Esto ha sido analizado con más detalle en otro trabajo,²⁵ pero podemos abreviar diciendo que las redes de las personas que pertenecen al sector dirigente, sobre todo del político, son más grandes que las del resto de la muestra; esto 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 detentan gran poder. Individuos que aglutinan relaciones sociales, monopolizan recursos escasos y actúan como empresarios en el sentido de Barth,²⁶ 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 guber-

23 "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 individuos", *ibid.*, p. 19.

24 T. Cubbitt entiende por sectorización o grado de agrupamiento al rasgo de una red de relaciones sociales que se refiere al grado en 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, éstos 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, "Network density among urban families", en Boissevain y Mitchell eds., *Network analysis: studies in human interaction*, La Haya, 1973, pp. 67-82.

25 Rosenblueth, *op. cit.*

26 F. Barth, *The role of the entrepreneur in social change in northern Norway*, Bergen, Scandinavian University Books, 1963.



namental e industrial 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, antes que nada, constreñida por el linderó externo que el grupo mantiene contra quienes no pertenecen al mismo".²⁷ Entre mayor sea la dependencia del individuo al grupo, mayor será el ejercicio de la voluntad grupal sobre la individual. Sin embargo, por ser miembros 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 ancianos 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 de gerentas 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 naipe, o tras 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 el personal de altas calificaciones. Es curioso notar que este grupo recibe atención médica frecuentemente, pero no por ello goza de mejor salud. El promedio de visitas al médico por año de estos ancianos es de dieciocho para las mujeres y de doce 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 "esencias" de los otros. Ningún otro tipo de medicina alternativa al modelo médico hegemónico,²⁸ 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 a sí mismos como ancianos. Sólo una de ellas, la más joven, de 75 años de edad, había tenido alguna enfermedad seria

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

28 E. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, 1983.

recientemente (infarto al miocardio). Los demás gozaban de excelente salud; a pesar de que el 10 por ciento había tenido cáncer hacía más de un lustro, pero no había vuelto a tener problemas. Las enfermedades y síntomas que aquejaban a este grupo eran los siguientes:

Arteriosclerosis	50 por ciento
Cardiopatías	20 por ciento
Padecimientos de venas y vasos periféricos	10 por ciento
Hipertensión	40 por ciento
Artritis	30 por ciento
Diabetes mellitus	30 por ciento
Problemas visuales	50 por ciento
Problemas auditivos	40 por ciento

A pesar de que el 50 por ciento 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 de como 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 dio el infarto a los 75 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 permite 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 comunmente 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 (ilustración en Figura 4) 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 por ciento, 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 investigaciones,^{30, 31, 32} acerca de las características peculiares de los obreros de Cuernavaca que, en su mayoría, tenían alta escolaridad y procedían del DF, u otros sitios, no habiendo favorecido el Centro Industrial del Valle de Cuernavaca (CIVAC) 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

30 R. Varela, *Expansión de sistemas y relaciones de poder: antropología política del estado de Morelos*, México, CIESAS, tesis doctoral, 1983.

31 P. Arias y L. Bazán, *CIVAC: un proceso de industrialización en una zona campesina*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 1, 1980.

32 Raúl Nieto, Comunicación personal.

en todos los casos resultó no sólo ser raquítica, sino verdaderamente risible.

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 sesenta”, con otros familiares), algún terrenito en donde ahora viven con muchos otros miembros de sus familias. 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

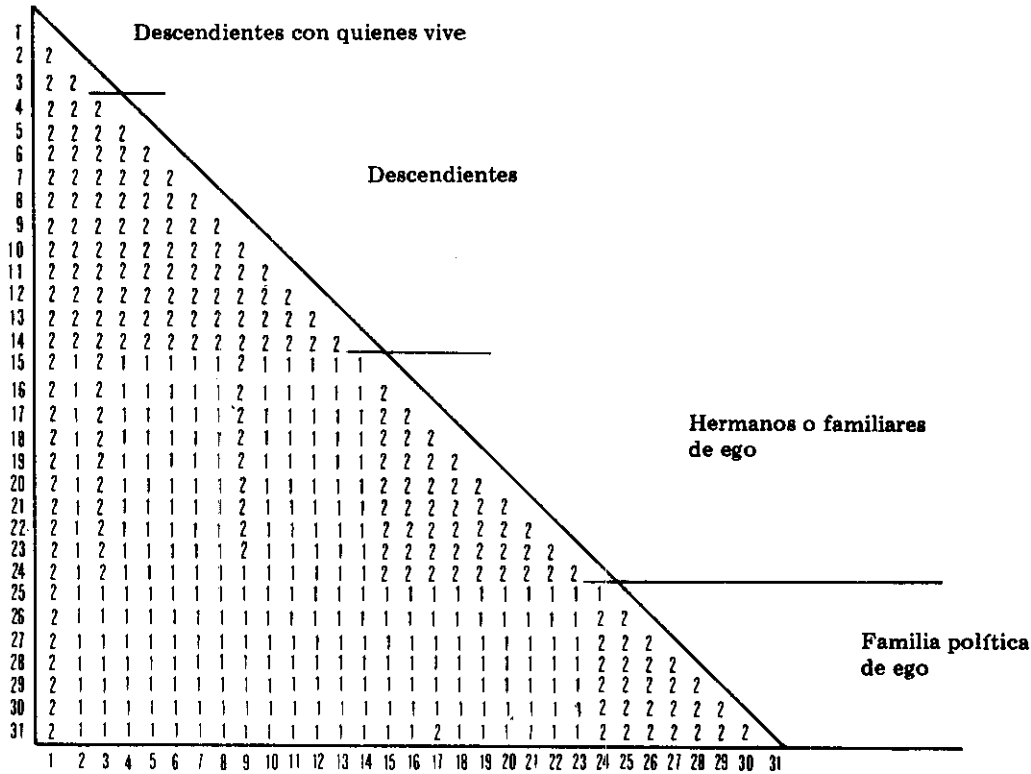


FIGURA 4: Representación diagramática de la red de relaciones sociales de una mujer de 77 años de la clase que tuvo estabilidad moral. Ex recepcionista.

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. 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, sobre todo, 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 derecho-habientes de algún servicio de medicina social del 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, etc. 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 aló-

pata 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 definirlos como viejos, pero concordaron en 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"³³ en 60 por ciento de los casos. Las más frecuentes fueron gastritis y úlceras gastroduodenales, colitis y asma. También hubo 70 por ciento de casos con insomnio desde la juventud.

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

Cardiopatías	80 por ciento
Padecimientos respiratorios agudos	90 por ciento
Gastroenteritis	100 por ciento
Cáncer	40 por ciento
Nefritis	20 por ciento
Úlceras gastroduodenales	10 por ciento
Padecimientos respiratorios crónicos	40 por ciento
Cirrosis	20 por ciento
Artritis	80 por ciento
Problemas auditivos	60 por ciento

33 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, Nueva Imagen, 1981.



Problemas visuales
Accidentes

80 por ciento
20 por ciento

mayoría compartía su habitación con uno o más miembros de la familia, por lo que les resultaba difícil reposar.

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

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. gr.: hacinamiento. Sin em-

bargo, el inválido tiene un lugar en estos grupos familiares y una ideología que sublima tanto el sufrimiento como la atención brindada a un enfermo.

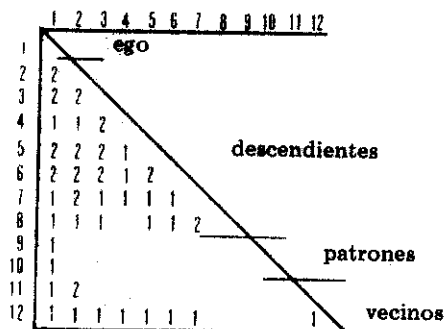


FIGURA 5: Representación diagramática de la red de relaciones sociales de un jornalero sin estabilidad laboral. Viudo de 78 años.

Trabajadores jornaleros sin estabilidad laboral

La red de relaciones sociales de los ancianos que trabajan como jornaleros, y que no tienen estabilidad laboral, muestra características privativas para este sector (ilustración Figura 5). 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 patronos que tengan estas personas; pero en ellas no se encuentran parientes 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 física-

mente muy resistentes, biológicamente fuertes. Pero, en general, este sector muere a edades más tempranas que los demás; y esto lo prueba que ya no tengan hermanos, cuñados, etc. También, durante entrevistas realizadas con estos ancianos, se obtuvo información de que ellos eran los más sanos de sus familias, desde la niñez. En 80 por ciento de los casos ellos fueron los primogénitos y 20 por ciento 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 cuidados y mejor alimentación que sus hermanos durante la primera infancia.

Sólo el 20 por ciento 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 por ciento 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: hablaban de dificultades con nueras, yernos o nietos.

Todos los ancianos jornaleros migraron hacia Cuernavaca cuando fueron jóvenes. Un gran número de ellos eran hijos de trabajadores de las haciendas decimonónicas, que temieron la venganza de los patronos si aceptaban tierras del reparto agrario. Y cuando se dieron cuenta que no había problemas, era demasiado tarde para obtenerlas. Cuernavaca comenzó a ser una zona centripeta, con muchas fuentes de trabajo informal de jardinería, servidumbre, construcción, etc. cuando gran

número de capitalinos fincaron sus residencias para los fines de semana. Entonces 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 terminó siquiera la primaria. La ayuda de los hijos fue indispensable para 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 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 por ciento 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, nó sufran invasiones, etc.

Las redes de relaciones sociales de estos ancianos tienen una densidad aparentemente alta, pero esto es sólo porque muy pocas personas las constituyen. Del reducido número de miembros, hay sólo tres sectores: 1. El de descendientes, donde no todos éstos figuran, pues sólo se cuantificaron aquellas relaciones sociales que efectivamente sucedieron durante 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 arreglen el jardín cuando ellos no se encuentren 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, etc., 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 dé el derecho de seguir adelante "hasta que Dios se los lleve".

Actividades: Estos ancianos, por vivir solos y por seguir tabajando aun 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 del Hospital Civil de Cuernavaca. Sólo cuando la medicina asistencial no surte efecto es cuando pagan consulta a algún médico 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 socioeconómica y normativa (ideológica) prevalente 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 u 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 por ciento
Gastroenteritis	90 por ciento
Cirrosis	40 por ciento
Artritis	80 por ciento
Hernias y prolapsos perineales	30 por ciento
Desnutrición	40 por ciento
Problemas auditivos	50 por ciento
Problemas visuales	40 por ciento
“Dolencias” no identificadas	60 por ciento
Accidentes	70 por ciento

En general, se puede decir que las personas de este grupo padecen sobre todo de una patología que ha sido identificada con la pobreza.³⁴ 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 solo caso que llegara a estar en esa situación durante el período 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 (esto sobre todo cuando 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

³⁴ D. López Acuña, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1982.

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 éstas 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

Es difícil generalizar acerca de los asilos de ancianos, ya que estas instituciones varían según el tipo de financiamiento que tengan, la clase social para la cual brindan servicios, etc. Alicia Espinosa³⁵ ha realizado una investigación acerca de los asilos de ancianos de Cuernavaca, haciendo particular énfasis en uno de ellos. Por tanto, sólo voy a sintetizar algunos puntos que nos permiten complementar el modelo douglasiano aplicado al envejecimiento. Los datos que utilizaré serán los de Espinosa (obtenidos en un asilo para personas sin recursos en Cuernavaca),³⁶ y algunos datos de un asilo para el sector más pobre de Estocolmo, Suecia.³⁷

La red de relaciones sociales de los ancianos recluidos en asilos tiene, con mucha suerte, a algún

familiar que se ocupa de irlos a visitar. En ambos asilos algunos ancianos forman vínculos entre sí, pero esto no suele ser la regla. De tal suerte que aunque los ancianos se encuentren en un mismo salón realizando actividades organizadas por el asilo, cada uno suele hallarse, más bien, encerrado en su propio mundo, sin establecer relaciones con sus compañeros. Una diferencia grande entre ambos asilos estriba en que, en el asilo sueco, el personal establece relaciones más amigables con los internos, mientras que en Cuernavaca, el personal es muy insuficiente y no se ocupa en platicar con ellos. Sin embargo, las redes de relaciones sociales de los internos de ambos asilos es similar. Constata una leve interacción con el personal, a veces con algún interno y aún más infrecuentemente con algún familiar. Por consiguiente se puede casi afirmar (como es cierto en algunos de los casos) que la tendencia en las redes de las personas internas en asilos, es de tener redes con menos de cinco personas, habiendo quienes no interactúan más que con sólo una. Es importante enfatizar que no se están considerando los casos con demencia senil, enfermedad de Alzheimer o enfermedad de Pick.

El comportamiento de estos ancianos obviamente no está regulado por expectativas de ningún grupo. Ellos están normados, sectorizados y determinados por los reglamentos de la institución que los alberga. Estos reglamentos pueden no ser muy restrictivos en apariencia, pero el hecho de que una institución se encargue de absolutamente todos los aspectos de la vida de una persona, es de por sí, una limitante enorme: la racionalidad de las acciones de esa persona deja de ser de la persona y pasa a ser la de la institución. El interno pierde súbitamente todos los roles sociales anteriores y con ellos su identidad. A partir del momento en que es internado, tiene que asumir el rol de anciano tal como éste es concebido por los miembros de la institución. Según Espinosa, en el asilo de Cuernavaca, la

35 Alicia Espinosa, *Opciones de vida para la mujer anciana dentro de zonas urbanas: Informe sobre la segunda práctica de campo que se realizó en Cuernavaca, estado de Morelos, México*, UAM-I, informe inédito, 1982.

36 Espinosa, *op. cit.*

37 Rosenlunds Sjukhus.

expectativa de comportamiento es una mezcla poco afortunada entre entes medio sordos, medio niños y medio idiotas.

Los reglamentos también contribuyen a la pérdida de identidad porque, a partir del momento del internamiento, la persona deja de ser quien fue, para pasar a tener otros signos de identidad: la afección que les aqueja, el número de su cama, su peso, etc. Para Goffman, "las acciones que el personal toma hacia el internado en base a sus atributos físicos, necesariamente ignora la mayoría de las bases previas de autoidentificación".³⁸

El anciano no sólo deja atrás sus roles y parte de su identidad, sino que los reglamentos también limitan el monto y número de sus posesiones. En ambos asilos esto era obvio, aunque mucho más en el de Cuernavaca, en donde las internas sólo tenían una cama y su mesa de noche. En el asilo sueco el interno podía, generalmente, escoger si quería un cuarto para él solo o no, pero aun en caso de compartir su habitación, éstas tenían un pequeño closet, además de la mesa de noche. En ninguno de los dos asilos podía el interno tener grandes posibilidades para elegir el aspecto de su entorno. En Cuernavaca, no había ninguna posibilidad; en Suecia, al menos, el hospital tenía un sistema de rotación de cuadros (propiedad del asilo) que se le daban a elegir al paciente para decorar su cuarto. El asilo sueco permite al paciente tener algunos objetos (que puedan guardar en los muebles y el closet de sus cuartos), pero existe el peligro de robo, lo cual es una limitante para tener cosas muy preciadas. En el asilo de Cuernavaca, no está permitido que las internas posean ningún objeto que no tengan todas las demás y esto constituye un motivo

muy fuerte de "rompimiento con el exterior". Sólo se les permite tener "instrumentos de trabajo" (v. gr: tejidos, costura, etc.). Esto pasa a ser algo tan valioso para la interna, que incluso, había una que llegaba a vender las canastas que hacía para poder comprar, con el producto de su venta, más material para hacer nuevas canastas, sin esperar ganancia.

Tanto en Cuernavaca, como en Suecia, se internó al anciano cuando no pudo bastarse por sí mismo en el exterior. Una gran mayoría, son internados por invalidez (amputaciones, parálisis, hemiplejías, etc.). Pero en el asilo de Cuernavaca, el reglamento exigía que estuvieran "sanas" y pudieran atenderse a sí mismas. Así que las internas habían ingresado allí porque se estaban muriendo de hambre, no tenían trabajo ni posibilidades de conseguirlo, o bien, algún pariente las internaba por temor a que se accidentaran. En Suecia, eso no sucede porque todas las personas de edad tienen, al menos, una pensión dada por el gobierno (*folk-pension*). Y la mayoría tienen otra pensión dada por el puntaje que acumularon por los años de participación en el mercado laboral (ATP). Además, en Suecia, sólo entran al asilo los que están verdaderamente incapacitados de bastarse a sí mismos física o mentalmente, pues el Estado ofrece toda clase de ayudas a los que deseen quedarse en sus casas: servicios de transporte, de alimentos, servicios de transporte a médicos, terapias, bibliotecas, etc. Si su estado no es ya suficientemente bueno como para quedarse en sus casas, pero aún no desean ingresar a un asilo, existen los departamentos para pensionados, las casas para pensionados, al cuidado de personal paramédico, que aún se encuentra enclavado en la comunidad. Por último, tienen un servicio llamado los "samaritanos del hogar", que consta de un personal que va a las casas de los ancianos para hacerles mandados. Con todas estas facilidades, es obvio que cuando un anciano ingresa a un asilo, es porque realmente ya no puede

³⁸ E. Goffman, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Middlesex, Penguin Books, 1968, p. 26.

seguir bastándose a sí mismo, cuando necesita asistencia para servicios sanitarios, etc.

Es importante enfatizar que en ambos casos los internados en asilos no desean permanecer dentro de los mismos. En ambas instituciones un mecanismo muy frecuente es el de hablar y actuar como si algún día fueran a volver a vivir en el mundo externo. Los enfermos hablan de regresar a sus hogares, y aun los que no tienen casa ni medios económicos, hablan de alguien que vendrá a rescatarlos. Por tanto, aunque el comportamiento se encuentra regulado por reglamentos de las instituciones, lo cierto es que los ancianos se retraen mucho de esa realidad inmediata, para imaginar que algún día vivirán en sus hogares.

En el asilo sueco los internos tenían un poco más de relación con el mundo externo: al menos una vez al mes algún familiar los visitaba y gracias al sistema de visitas domiciliarias, eran transportados a sus hogares (o al de algún familiar) cuando los familiares lo solicitaban; por ejemplo, en Navidad gran número de internados salieron "de visita", ya fuera por algunas horas, o un par de días (el tiempo que la familia pudiera hacerse cargo). En Cuernavaca, en cambio, el contacto con el mundo exterior era mucho menor. Las ancianas que tenían familiares, habían sido abandonadas en el asilo y muy pocas tenían parientes que, muy de vez en cuando, las visitaban. Ellas decían tener relaciones con el exterior, pero ignoraban su paradero. La verdad era que la mayoría tenía un mundo social muy pobre.

Actividades: Los pintores en asilos tienen dos tipos de actividades: las organizadas por la institución, que dependen de los recursos y el personal con que cuente el asilo; y las que ellos puedan realizar sin interferir con los reglamentos del nosocomio. En el asilo sueco había varios talleres cotidianos para entretener a los internos: pintura, cerámica, carpintería, etc. Se procuraba que realizaran

actividades grupales como, por ejemplo, un mural del cual cada anciano realizaba una parte. Estos talleres no eran muy del agrado de todos los ancianos: algunos estaban ya lo suficientemente deteriorados como para no participar en ellos y otros reaccionaban en contra, por tener que estar en la misma habitación con ancianos que están demasiado seniles, que babea y emanan olores desagradables. Sin embargo, un grupo sí gozaba con tener actividades y las realizaba con agrado. En el asilo de Cuernavaca no había recursos para dotar a las internas con grandes diversiones. Había un taller, pero no funcionaba.

En Suecia, las actividades que realizaban los ancianos individualmente, eran: la lectura; los ancianos podían asistir a la biblioteca para sacar libros y escuchar música. Si lo que el anciano desea oír o leer no se encuentra en el acervo, es traído del exterior, pues la biblioteca pertenece al sistema mayor de bibliotecas del Estado. Hay que notar que generalmente, los ancianos hacen lo que estaban acostumbrados a hacer en su vida pasada: ver T.V., tejer o leer. Los que en su juventud se dedicaron únicamente a labores físicas, eran los que no sabían qué hacer y se sentaban horas sin realizar ninguna actividad. En el asilo de Cuernavaca, sucedía lo mismo. Allí las ancianas capacitadas tenían que ayudar a limpiar el lugar, hacer sus cuartos, etc. Además, un alto porcentaje padecía cataratas y no podía hacer actividades manuales.

Tanto en Suecia como en Cuernavaca, los ancianos salen de vez en cuando. Como ya se dijo, en Suecia, van de visita. Pero también hay salidas organizadas por la institución a parques, conciertos, exhibiciones, etc. En Cuernavaca las ancianas van a la Iglesia. El día de muertos participan en el concurso anual de altares, que se realiza en el zócalo de esa ciudad. Ponen un "altar", un cuadro plástico formado por las propias ancianas, con el objeto de

recaudar fondos. El asilo de Cuernavaca cuenta con un autotransporte, pero es poco utilizado.

Medicina: En ambas partes los ancianos reciben medicina proporcionada por la misma institución, sin poder ingerir otro tipo de medicamentos, pues les son confiscados y prohibidos.

En Suecia todos los ancianos son revisados cotidianamente por la enfermera del piso y cualquier cambio en signos vitales es notificado a los médicos de la institución. Reciben además, visitas médicas periódicas, varias veces por semana y si lo requieren, aún más. Si los médicos del asilo consideran que el anciano tiene algo fuera de rutina, lo envían al hospital general de la zona, en donde especialistas se encargan de hacer pruebas y diagnósticos, dándoles prescripciones. Por otra parte, en el asilo de Cuernavaca había un médico que supuestamente veía a las ancianas una vez por semana. Lo cierto era que el 38 por ciento de las internas aún no tenían historia clínica. Otras habían entrado al asilo por tener cataratas y llevaban meses en espera de ser operadas.

Envejecimiento: Todos los ancianos comenzaron a sentirse viejos cuando, por razones físicas, no pudieron hacer frente a sus actividades cotidianas. Hay que considerar que los ancianos suecos pertenecían a la clase de trabajadores asalariados y, en su mayoría, eran trabajadores manuales. Las ancianas del asilo mexicano sintieron envejecer cuando no pudieron seguir viviendo en el mundo exterior.

Salud y enfermedad: La salud de los ancianos, internos en asilos, es precaria en ambos casos. De alguna manera el hecho de que hayan tenido que ser reclusos, está vinculado con la pérdida de la salud, aun en los casos de Cuernavaca, que fueron internadas por pobreza, dicha pobreza había ya diezmado su salud. Sin embargo, hubo una notable diferencia en cuanto al monto de síntomas y enfermedades que aquejaban a los ancianos de ambos

asilos: los de Suecia padecían muchas menos. En cambio las internas de Cuernavaca (que tenían historia clínica) mostraron una proliferación realmente notoria. Otra diferencia entre ambos asilos fue la nula incidencia de infecciones y parasitosis gastrointestinales en el caso sueco, mientras que en Cuernavaca eran muy comunes. Asimismo los padecimientos respiratorios agudos eran menos comunes en Suecia que en Cuernavaca, aunque en el asilo sueco había una alta incidencia de resfriados y gripas, contagiados por el personal durante el invierno. Fue notable que en ambas instituciones los trastornos músculo-esqueléticos y articulares, eran muy frecuentes: en Cuernavaca el 75 por ciento de las internas tenía reumatismos y artritis y en Suecia también. En Suecia no se encontraron casos de desnutrición.

Invalidez: En general, se puede decir que aunque todos los ancianos internados en asilos han encontrado un lugar en donde estar, esto dista mucho de ser deseable para ellos. Los ancianos suecos están de acuerdo en que el asilo es la única solución a la absoluta incapacidad que los aqueja, dado que en Suecia todos los adultos trabajan y no podrían ser atendidos por ningún familiar en casa. A pesar de esto, todos desean poder llegar a un estado que les permita vivir solos, fuera de la institución, y volver a determinar los pormenores de sus existencias. Para muchos el poder estar solos, era importante, y en el asilo estaban forzados a vivir en sociedad.

En el asilo de Cuernavaca había mayor inconformidad con la institución en cuanto tal: la falta de recursos del mismo lo hacía un lugar inhóspito, aunque muchas ancianas comían mejor en el asilo de lo que hubieran podido jamás hacerlo fuera. Sin embargo, en el asilo de Cuernavaca, por haber poco personal, menos capacitado, había muchos problemas entre las internas, lo que hacía la vida en el interior muy difícil. Las ancianas mexicanas añoraban poder guardar algo que les perteneciera, aun-

que fuera una crema. En general, se puede decir que en el asilo de Cuernavaca las ancianas se encontraban mucho más inconformes con su invalidez y permanecían por obligación en ese lugar. Había un mayor resentimiento en contra de los familiares que no las venían a rescatar. No tomaban en cuenta las dificultades que ocasionaría su estancia con personas que tenían problemas de espacio y de tiempo. Esto resultó interesante, pues las ancianas que sólo tenían parientes masculinos, los justificaban por no poder atenderlas. Pero aquellas que tenían familiares femeninos no parecían entender el por qué no podían permanecer con ellas.

Ancianos intelectuales, artistas y profesionistas "por vocación" e independientes

La red de relaciones sociales de estos ancianos, tiene características estructurales que las distinguen: muy baja densidad, la casi total ausencia de sectores y una obvia falta de relaciones complejas 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.³⁹ Asimismo, la no pertenencia a instituciones, les dota de una falta de restricciones conferidas "por signos sustantivos de *status* adscritos",⁴⁰ 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 institucional para fijar normas. Por tanto, las obligaciones y los derechos de estas relaciones sociales, nacen de la relación misma.⁴¹ 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 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, etc. Todas ellas, actividades que requieren de una disciplina que lleva horas dominar, aunadas a un abandono total de las fórmulas normativas previas en el terreno que se

39 Douglas, 1982 b, *op. cit.*, p. 207.

40 *Ibid.*,

41 P. Blau, *Exchange and power in social life*, Nueva York, Wiley, 1964.

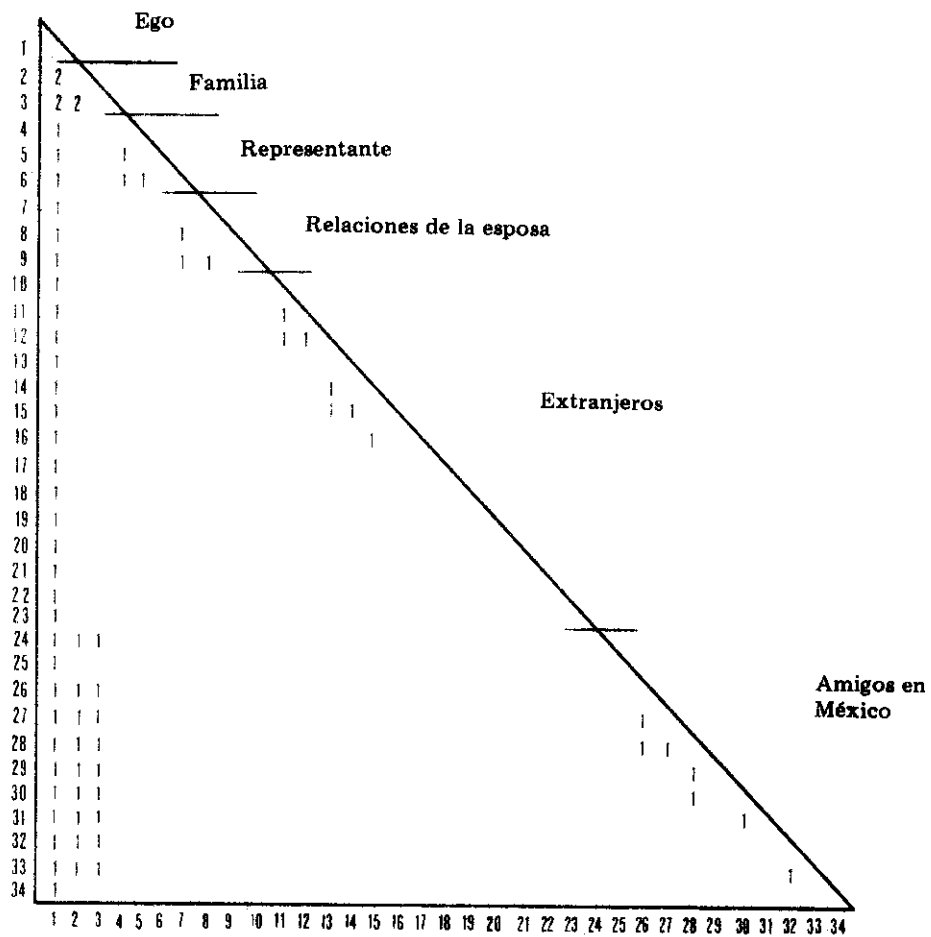


FIGURA 6: Representación diagramática de la red de relaciones sociales de un pintor de 72 años de edad.

desarrollen.^{42, 43, 44} 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 mil mensuales. La independencia de estas personas abarca también 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 quien 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 por ciento de estas personas les gustaba aún viajar y gozaban el contacto con la naturaleza. El 70 por ciento tenía animales y no pocos declaraban preferir la compañía de estos a la compañía humana.

42 Kuhn, *The essential tension*, Chicago, Chicago University Press.

43 L. Lomnitz y J. Fortes, "Ideología y socialización: el científico ideal", en *Relaciones*, vol. II, núm. 6, Primavera de 1981, Zamora, Colegio de Michoacán.

44 Douglas, 1982 b., *op. cit.*

Una característica interesante entre las personas de este grupo consistía en constatar que algunas de sus diversiones eran precisamente actividades poco sofisticadas. Algunos gustaban de leer ciencia ficción, aventuras, material científico de divulgación popular, ver deportes por T.V. etc. Y no en pocas ocasiones se hacían amigos de alguna persona con la que pudieran compartir 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 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, etc. 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 fue 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 por ciento
Hipertensión	70 por ciento
Accidentes vasculares cerebrales	20 por ciento
Cáncer	40 por ciento
Padecimientos de arterias, venas y vasos periféricos	30 por ciento
Cardiopatías	50 por ciento
Artritis	80 por ciento
Cirrosis y padecimientos hepato-biliares	40 por ciento
Diabetes mellitus	20 por ciento
Insomnios	70 por ciento
Problemas auditivos	20 por ciento
Problemas visuales	100 por ciento

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, etc. 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 ingestión de estimulantes (anfetaminas), sedantes, sicotogénicos, 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 auto-

suficiencia, 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 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 *dürkheimianas* 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 frac-

ción 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 dependiendo 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 los sujetos pensantes e inteligentes que actúan según percepciones parciales e información limitada de la realidad.⁴⁵ Las posiciones de los sujetos pueden variar y en 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, en contramos implicaciones importantes para la antropología médica en sociedades heterogéneas (clasistas). Existen formas disímiles de ver la rea-

lidad y de tratar los problemas de salud y enfermedad: el enfermo que puede ser visto como un ser importante, cuasi sagrado, por la tradición 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, arteriosclerosis). 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. 

45 P. Blau, *op. cit.*