

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO, CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

“NO SÉ SI YA LLEGUÉ A LA VEJEZ”

Experiencias de retiro en México en la intersección de la
subjetividad, el cuerpo y la sociedad

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA

GUSTAVO MORELOS PADILLA GALLEGOS

DIRECTORES

**DRA. ANA MARÍA CHÁVEZ HERNÁNDEZ
DR. ROBERTO CASTRO PÉREZ
DR. ALEJANDRO KLEIN CABALLERO**

FEBRERO 2019

¿Tiene uno la edad de sus arterias, de su corazón, de su cerebro, de su moral o de su estado civil? ¿O es quizá la mirada de los demás la que nos define un día como viejos?

Georges Minois

Agradecimientos

Este volumen está dedicado a mis padres: Servio Padilla del Toro y Novella Gallegos, a quienes además les expreso mi profundo agradecimiento y cariño por el soporte que me proporcionan de manera continua.

También agradezco a mi esposa, Mariana González Piña, con quien espero envejecer en la sofisticada interlocución que hemos sostenido ya por más de una década.

A mi comité de dirección y de manera personalizada a Ana María Chávez Hernández por la generosidad intelectual, personal y profesional; a Roberto Castro Pérez por la disposición, confianza y guía investigativa; y a Alejandro Klein Caballero por haberme vinculado con el fascinante mundo de los estudios psicosociales sobre la edad y el envejecimiento.

De manera especial quiero agradecer a Luis Fernando Macías García por el acompañamiento y el apoyo siempre sincero, y a Osvaldo Gutiérrez Castañeda por su generosa amistad y constante diálogo. También agradecer a Diego Guzmán Sandoval, a Mónica Elivier Sánchez y a las personas que compartieron en el seminario de sociología médica y en la Universidad de Guanajuato.

Por supuesto también quiero expresar agradecimiento a todas las personas que me proporcionaron de manera desinteresada sus testimonios para esta investigación, de quienes aprendí mucho más de lo que se puede reflejar en este texto, y a quienes conservaré en mi recuerdo por siempre con gratitud.

Esta tesis fue financiada mediante la beca número 419271 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

ÍNDICE

Agradecimientos	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	7
INTRODUCCIÓN.....	8
ESTRUCTURA DE LA TESIS	9
PRIMERA PARTE	16
Capítulo 1. Problema de investigación	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
<i>La población está envejeciendo y se configura un escenario de preocupación.....</i>	<i>22</i>
Estrategias globales.....	25
Prospectos demográficos	30
Carga por dependencia	37
La transición demográfica como un concepto	42
<i>La salud como eje principal del envejecimiento como un problema.....</i>	<i>44</i>
La discapacidad como consecuencia más indeseable de la enfermedad	52
<i>Es pertinente abordar el envejecimiento desde la experiencia subjetiva.....</i>	<i>58</i>
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	64
<i>Pregunta general</i>	<i>64</i>
<i>Preguntas específicas.....</i>	<i>64</i>
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	64
SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN	65
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	65
Capítulo 2. Diseño y métodos de investigación	68
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	68
ESCENARIOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	71
MUESTREO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES	77
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	81
CONSIDERACIONES ÉTICAS	85
SEGUNDA PARTE.....	87
Capítulo 3. Ciencias sociales e individualidad: preámbulos hacia el estudio de la experiencia. 90	
FUNDAMENTOS DE LA ANTINOMIA SOCIOLOGICA ENTRE INDIVIDUO Y SOCIEDAD.....	95
MODELOS QUE EN CONCRETO TOMÓ EL ESCENARIO SOCIOPSICOLÓGICO.....	104
DIRECCIONES.....	111
Capítulo 4. El estudio social de la experiencia y vida cotidiana.....	114
LA FENOMENOLOGÍA COMO UN SISTEMA DE PENSAMIENTO	116
EL MUNDO DE LA VIDA COTIDIANA EN LA FENOMENOLOGÍA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ.....	123
DEL IDEALISMO EN HUSSERL A LA CORPORALIDAD EN MERLEAU-PONTY	128
EL CUERPO COMO UNA BISAGRA ENTRE LA FENOMENOLOGÍA Y EL HABITUS DE PIERRE BOURDIEU	
.....	133
DIRECCIONES.....	139
Capítulo 5. Cuerpo, salud y sociedad.....	141
EL CUERPO ESTÁ ATRAVESADO POR LA SOCIEDAD Y LA SOCIEDAD ATRAVESADA POR EL CUERPO	144
<i>Embodiment o el cuerpo como vehículo de la agencia social.....</i>	<i>147</i>
<i>La erosión de las instituciones en la sociedad somática</i>	<i>149</i>
SOCIEDAD Y SALUD	153
<i>La salud como concepto problemático</i>	<i>155</i>
<i>Medicalización o el proceso por el que las condiciones devienen enfermedades.....</i>	<i>159</i>
<i>Los determinantes sociales de la salud como más que indicadores demográficos</i>	<i>163</i>

EL CONCEPTO DE SALUD ES INSUFICIENTE PARA DAR CUENTA DEL BIENESTAR.....	167
<i>Calidad de vida como introducción de aspectos subjetivos a la medición de salud</i>	168
<i>La satisfacción con la vida como ampliación de aquel intento</i>	171
DIRECCIONES.....	172
Capítulo 6. Envejecer en la vida cotidiana.....	173
LA VEJEZ FRENTE A LA ESTRUCTURACIÓN SOCIAL POR LA EDAD.....	177
APUNTES HISTÓRICOS COMO ANTESALA DE LOS PARADIGMAS CONCEPTUALES DE LA VEJEZ.....	181
LA VEJEZ COMO UNA CATEGORÍA ASOCIADA AL RETIRO	186
<i>Y la seguridad económica como el componente clave del envejecimiento exitoso</i>	188
MODELOS DE ENVEJECIMIENTO	189
<i>Tercera edad, cuarta edad</i>	192
<i>El modelo gerotranscendente del envejecimiento</i>	196
IMÁGENES NEGATIVAS VINCULADAS A ASPECTOS ESTÉTICOS Y DE FUNCIÓN DEL CUERPO.....	200
Capítulo 7. Estudios previos de envejecimiento, experiencia y cuerpo	204
EJEMPLOS DE ESTUDIOS CUALITATIVOS SOBRE ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO Y LATINOAMÉRICA.....	205
<i>Hallazgos sobre vínculos sociales</i>	209
EJEMPLOS DE ESTUDIOS FENOMENOLÓGICOS SOCIALES SOBRE CUERPO Y PERSONAS MAYORES; MUESTRAS INTERNACIONALES.....	213
TERCERA PARTE	218
Capítulo 8. Hallazgos.....	218
TEMAS EN LA SUBMUESTRA DE HOMBRES	220
TEMA 1. NO ES LO MISMO TRABAJAR CON EL CUERPO QUE TRABAJAR CON LA MENTE.....	220
<i>Subtipo 1.1 Trabajar con el cuerpo lleva al deterioro y la discapacidad</i>	221
<i>Subtipo 1.2 Trabajar con el cuerpo es bueno para tu salud porque es lo mismo que hacer ejercicio</i>	223
TEMA 2. EL RETIRO MARCA EL INICIO DE LA VEJEZ, PERO SOLAMENTE LA DISCAPACIDAD LA HACE UNA EXPERIENCIA NEGATIVA	226
<i>Subtipo 2.1 La vejez es determinada por el exterior</i>	226
<i>Subtipo 2.2 Ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no pude hacer antes</i>	230
<i>Subtipo 2.3 Envejecer de verdad significa que ya no te puedes mover</i>	231
<i>Subtipo 2.4 No reconozco al viejo del espejo</i>	234
TEMA 3. PORQUE PUEDO SENTIR PLACER PUEDO IGNORAR EL DOLOR FÍSICO Y EL HECHO DE QUE ME VOY A MORIR	236
<i>Subtipo 3.1 Hay dolor bueno que significa que todo está bien</i>	237
<i>Subtipo 3.2 No tengo miedo de morir, yo nací para morir</i>	238
TEMA 4. LOS PADECIMIENTOS SON LA CONSECUENCIA DE TUS ACCIONES.....	241
<i>Subtipo 4.1 Especialmente tus acciones malas</i>	241
<i>Subtipo 4.2 ... excepto cuando no</i>	243
<i>Subtipo 4.3 Confiar en los demás es lo que te enferma</i>	244
TEMAS MENORES PARA HOMBRES (TEMA 5)	245
TEMAS EN LA SUBMUESTRA DE MUJERES	247
TEMA 6: LA VEJEZ SIGNIFICA NO PODER TRABAJAR O SER ÚTIL.....	247
<i>Subtipo 6.1: A partir de la evaluación de los demás</i>	248
<i>Subtipo 6.2: Por la enfermedad o la imposibilidad física</i>	251
<i>Subtipo 6.3: La vejez significa no ser autosuficiente</i>	254
<i>Subtipo 6.4: El ocio mediado por la utilidad y el dinero</i>	255
TEMA 7: LA VEJEZ ES LA ENFERMEDAD O DISFUNCIÓN (EN TÉRMINOS NO LIMITADOS AL MOVIMIENTO)	258
<i>Subtipo 7.1 No quiero que cuiden de mí</i>	258
<i>Subtipo 7.2: Nada te salva de la enfermedad y la vejez</i>	259
<i>Subtipo 7.3: La enfermedad se puede superar con la intención</i>	262
<i>Subtipo 7.4 Causas interpersonales de la enfermedad</i>	263
TEMA 8: LA VEJEZ ES LA DEBILIDAD Y LA DIFICULTAD EN EL MOVIMIENTO.....	266
<i>Subtipo 8.1: La discapacidad física, el cansancio</i>	266

<i>Subtipo 8.2: Un accidente me empujó a la vejez</i>	269
<i>Subtipo 8.3: Como puedo bailar sé que no estoy viejita</i>	270
<i>Subtipo 8.4 El movimiento es un antídoto para la enfermedad y la vejez</i>	271
<i>Subtipo 8.5: En la mente soy una persona activa, joven</i>	272
<i>Subtipo 8.6: Me da miedo caerme, lastimarme</i>	273
TEMA 9: ENVEJECER SIGNIFICA PERDER EL GUSTO; PORQUE EL GOZO ES UNA CARACTERÍSTICA DE LA JUVENTUD.....	276
<i>Subtipo 9.1: Significa perder el gusto y no hacer cosas que me gusta hacer</i>	276
<i>Subtipo 9.2: Envejecer significa sufrir</i>	277
<i>Subtipo 9.3: Me quedé con ganas de sentir amor</i>	278
TEMA 10: MI EDAD ES ALGO POSITIVO PORQUE TODAVÍA TENGO PLANES.....	280
<i>Subtipo 10.1: A pesar de que padezco del cuerpo</i>	280
<i>Subtipo 10.2: Porque llegué hasta aquí luego de una juventud gozosa</i>	282
<i>Subtipo 10.3: A mi edad hago cosas nuevas y soy más libre</i>	283
<i>Subtipo 10.4: Porque tengo menos obligaciones familiares</i>	285
<i>Subtipo 10.5: Porque estoy viuda, pues mi marido me trató mal</i>	285
TEMAS MENORES PARA MUJERES (TEMA 11).....	289
<i>Subtipo 11.1: Conocimientos médicos específicos y la opinión médica como mediadora de la experiencia</i>	289
<i>Subtipo 11.2 Menciones de dios y religión</i>	290
<i>Subtipo 11.3 Mi marido me trató bien</i>	292
<i>Subtipo 11.4 Afortunadamente los nietos no son mi responsabilidad</i>	292
<i>Subtipo 11.5: Menciones de la apariencia</i>	293
Capítulo 9. El envejecimiento entre paréntesis: discusión	295
EL RETIRO COMO UNA EXCLUSIÓN Y COMO UNA POSIBILIDAD	295
UNA EXPERIENCIA ENTRE EL DESTINO Y LA INTENCIÓN	299
CAMINAR COMO PARADIGMA DEL USO DEL CUERPO INTENCIONADO	301
LA EXPERIENCIA DEL CUERPO MEDIADA POR CATEGORÍAS MÉDICAS	303
ENVEJECER A LA SOMBRA DEL DETERIORO EN EL UNIVERSO VALORATIVO DE LA INDIVIDUALIDAD	306
EL ENVEJECIMIENTO EN LA DISPUTA POR PROTAGONISMO SOCIAL.....	309
LA EXPERIENCIA DE LA EDAD CRONOLÓGICA INDEPENDIENTE DE LA VEJEZ.....	310
Capítulo 10. Conclusiones	312
RECOMENDACIONES	315
LIMITACIONES	316
Referencias	317
Anexos	332
ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA	332

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Matriz de paradojas en la representación social de la vejez	19
Figura 2. Población mundial, latinoamericana y mexicana 2000 - 2100	31
Figura 3. Comparación de la fertilidad global años 1975 – 2050	33
Figura 4. Disminución en la tasa de fertilidad en México, 1970 - 2016	34
Figura 5. Población mexicana total y adulta mayor 1930 – 2100	36
Figura 6. Población dependiente en México, total y adulta mayor	39
Figura 7. Causas de muerte por enfermedad para personas mayores, México (2016)	48
Figura 8. Población mexicana adulta mayor con discapacidad	54
Figura 9. Tipos de discapacidad en personas mayores mexicanas	55
Figura 10. Causas de discapacidad en adultos mayores	56
Figura 11. Estructura lógica de conceptos de la investigación	67
Tabla 1. Características de la submuestra de mujeres.	78
Tabla 2. Características de la submuestra de hombres	80
Tabla 3. Categorías de participantes	81
Tabla 4. Categorías de exploración	83
Tabla 5. Mapa general de los hallazgos	219
Tabla 6. Resumen de Tema 1. No es lo mismo trabajar con el cuerpo que trabajar con la mente	225
Tabla 7. Resumen de Tema 2. El retiro marca el inicio de la vejez, pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa	235
Tabla 8. Resumen de Tema 3. Porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir	240
Tabla 9. Resumen de Tema 4: Las enfermedades son la consecuencia de tus acciones	245
Tabla 10. Resumen de Tema 6: La vejez significa no poder trabajar o ser útil	257
Tabla 11. Resumen de Tema 7: La vejez es la enfermedad o disfunción (en términos no limitados al movimiento)	265
Tabla 12. Resumen de Tema 8: La vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento	274
Tabla 13. Resumen de Tema 9: Envejecer significa perder el gusto; porque el gozo es una característica de la juventud	279
Tabla 14. Resumen de Tema 10: Mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes	288

INTRODUCCIÓN

Esta tesis concierne fundamentalmente un estudio social de la experiencia de envejecimiento en México. De cómo es experimentada en primera persona la vida íntima y social en la vejez, en condiciones de retiro en nuestro país, prestando especial atención a los aspectos corporales.

Para este trabajo se llevó a cabo un estudio que presenta un abordaje de tipo cualitativo interpretativo, realizado con una muestra de personas mayores en la ciudad de León, Guanajuato. Esta tarea, emplazada de manera reflexiva en el universo de las ciencias sociales, implicó la renuncia a una consideración puramente individualista de la subjetividad y del cuerpo para privilegiar una observación de corte sociológico–psicosocial de cómo se experimenta un lugar en el mundo que se ha configurado en el centro de las preocupaciones contemporáneas en todos los niveles sociales: el envejecimiento demográfico.

Para develar esta experiencia se ha entramado este texto, que es tan teórico como es empírico, descubriendo en el trayecto una configuración articulada para comprender las maneras de ser, estar y observar el fenómeno del envejecimiento en la intersección de la subjetividad/cuerpo/sociedad, con la intención de dar cuenta de las condiciones que dan lugar a esas experiencias.

El título de esta tesis pretende reflejar de la manera más sintética todos los aspectos fundamentales de esta investigación, *es un resumen completo de ella*. En primer lugar, se encuentra una expresión que sintetiza uno de los temas más significativos de los hallazgos: al poner una cita en el primer plano se ponen en evidencia dos cosas: que esta investigación tuvo por objeto el estudio de la experiencia en primera persona, *por lo que en primer lugar se da la palabra a los sujetos* y, luego, que la experiencia ha encontrado no nada más una distancia entre la edad subjetiva y la edad cronológica, sino una distancia con las expectativas sociales de envejecer, y que la configuración de un escenario demográfico *sin precedentes*

en el mundo ha arrojado a la obsolescencia la homogeneización detrás de las categorías que hay disponibles a propósito de la edad mayor (lo que luego implica una necesidad de reconfigurar esas categorías y el vocabulario que tenemos para significar la edad tardía).

En segundo lugar, el título expresa en la palabra *experiencia* el bagaje teórico de la fenomenología social que sostiene la argumentación de principio a fin: de la teoría, a los métodos, a la interpretación. Además, la palabra *retiro* tiene dos objetivos: el primero consiste en dar cuenta no nada más de una circunstancia demográfica de las condiciones socioeconómicas y de clase social estudiadas en esta investigación (*cosa que sí hace*), no pretendiendo dar cuenta de *todos* los tipos de envejecimiento sino de *esos* envejecimientos. La palabra *retiro* también expresa el objetivo de tomar el lugar de la palabra *vejez* (entendida como una situación dada) por una que remite a la construcción del grupo estudiado (un aspecto dinámico).

En tercer lugar, se habla del eje construido para el análisis, a propósito de la subjetividad, el cuerpo y la sociedad, como nodos estrechamente entrelazados y que expresan el fondo detrás de los capítulos teóricos, conceptuales, metodológicos y empíricos que se presentan en este texto para comprender un pedazo de la *sociedad encarnada*, para contribuir con los vacíos en el conocimiento sobre envejecimiento.

Estructura de la tesis

La tesis está dividida en tres partes que contienen la subunidad de capítulos temáticos. En términos generales, la primera parte concierne el panorama social y la justificación y diseño de este estudio; la segunda parte se refiere al marco teórico y conceptual; y la tercera parte concierne a todos los aspectos empíricos y de discusión entre los hallazgos y la teoría, así como las conclusiones.

En términos específicos: la primera parte contiene dos capítulos, donde el primero de ellos se refiere al planteamiento del problema de investigación y la justificación de este estudio a la luz de tres características fundamentales: en *primer lugar*, un escenario demográfico *real* a propósito de una transición poblacional en términos de la edad y el envejecimiento, que ha precipitado alarma en todos los niveles de políticas públicas y sociales pero que, en *segundo lugar*, se ha consumido de manera principal en la forma de un miedo social montado sobre asunciones basadas en la enfermedad crónica y la discapacidad como ejes fundamentales de esa transición devenida un problema y, *número tres*, la necesidad de dar cuenta de las realidades a nivel microsociales en nuestros contextos social y culturalmente ubicados para comprender el fenómeno a profundidad y poder establecer ese conocimiento como parte del piso en la toma de decisiones y política pública.

Cabe notar que la presentación de datos demográficos en ese capítulo no responde únicamente a una lógica de mostrar información sobre la transición poblacional, sino que también se ha entramado de una manera cuidadosa para formular la sospecha principal de este estudio y, en su paso, revisar la construcción y cuestionar la estructura de los mismos indicadores demográficos a propósito del envejecimiento que se ha formulado como un problema social, así como su presentación. Por decir dos ejemplos concretos: la categoría demográfica de *población dependiente* que es construida solamente con criterios de edad, o la presentación de prevalencias de discapacidad de manera parcial, haciendo parecer que es un problema muy extendido en la edad mayor.

Es decir, se trata también de evidenciar que la información misma, los llamados *datos duros* no son tan estáticos o neutros como aparentan, sino que también están contruidos en el mundo de la vida cotidiana y que dan cuenta de un sentido común sedimentado sobre los lugares sociales que se han designado a los viejos. De manera que plantear estos datos

demográficos es mostrar un aspecto sintomático de la configuración de una manera de entender el mundo.

El capítulo 2 se trata de los métodos y procedimientos del trabajo empírico, explicitando el diseño de investigación, consideraciones éticas, los escenarios en donde ocurrió el trabajo de campo, las características de la muestra, las técnicas empleadas y el proceso de análisis.

La segunda parte de este documento representa el marco teórico y conceptual. Para ello comprende 5 capítulos que están encadenados de manera estratégica para, primero, mostrar los aspectos teóricos, luego los aspectos conceptuales y finalmente algunas consideraciones teóricas que sostienen los procedimientos metodológicos.

De manera concreta, el capítulo 3, *Ciencias sociales e individualidad: preámbulos hacia el estudio de la experiencia*, tiene por objetivo elucidar el gran escenario que permite plantear las premisas para el estudio de la experiencia, justificando el nivel de análisis individual en un estudio de corte sociológico frente a otras opciones en las fronteras con la psicología social.

Esta necesidad de plantear el escenario deriva parcialmente del fenómeno estudiado, pues el envejecimiento tiene características distintivas frente a otras cuestiones que pueden estudiarse desde la sociología de la experiencia, al ser una condición atravesada de manera ineludible por aspectos corporales, la deterioración individual que tiene componentes biológicos, cognitivos y emocionales, configurando los aspectos “psicológicos” que matizan las relaciones sociales. No obstante, se cuestiona el enfoque primordialmente psicológico *en lo que la psicología ha venido a ser*, al mismo tiempo que se cuestiona la perspectiva individualista que responsabiliza a los sujetos de su propia suerte, en un llamado a una psicología que no es biomédica, que no es psiquiátrica y que no es individualista.

Plantear estas cuestiones también pone en evidencia la necesidad de comprender los sistemas de clasificación y sistemas científicos como productos históricos, *intencionados*, para aspirar a un entendimiento comprensivo y reflexivo de la experiencia del envejecimiento, influida por los discursos de mayor prestigio en procesos de medicalización. De manera concreta, se trata de mostrar las diferentes maneras de entender el mundo que se encuentran reflejadas en las diferentes ciencias sociales y en las diferentes concepciones antropológicas. Para, finalmente, poder dar cuenta de sujetos actantes e intencionados, pero no en un sentido puramente individualista.

El capítulo 4, *El estudio social de la experiencia y vida cotidiana*, tiene por objetivo comprender a fondo el concepto de la experiencia, transitando de manera esquemática la historia inaugurada por Husserl en la forma de la fenomenología como una crítica del conocimiento a propósito de la conciencia. A partir de allí se desarrolla el campo de la fenomenología social de Alfred Schutz, en búsqueda de una manera de dar cuenta de la experiencia en términos sociológicos, y en concreto el estudio del envejecimiento en primera persona, siempre vinculándolo con aspectos que exceden la individualidad.

Al haber reconocido las dimensiones corporales como una condición inescapable del envejecimiento, se suman también los desarrollos de Maurice Merleau-Ponty a propósito del cuerpo como condición de la experiencia. Todo lo anterior tiene por objeto poner en duda la estructuración de la *experiencia* en términos dados, *como experiencia natural*, para *cuestionar el fundamento incuestionado del mundo* y el origen de los parámetros de interpretación que se negocian en la intersubjetividad y la intercorporalidad.

Finalmente, se introduce el tema del habitus en Bourdieu para encontrar una bisagra con la fenomenología en lo que parece una paradoja teórica, no obstante que el habitus contiene una dimensión práctica que otorga al cuerpo la condición de fuente de significado y una de las formas de existencia de la sociedad.

El capítulo 5, *Cuerpo, salud y sociedad*, presenta un ambicioso ejercicio por dar cuenta de manera concisa de la intersección que hay entre el cuerpo, la salud y la sociedad, justificando el abordaje articulado de dos campos empalmados, pero finalmente distintos: el cuerpo y la salud, *por su engranaje con el campo del envejecimiento*. El capítulo incluye una revisión de las diferentes concepciones del cuerpo social, a decir, de aquel que se utiliza como un instrumento para transitar el mundo y otro que es el vehículo de la agencia, los que quedan conceptualizados bajo los términos de corporalidad e incorporación.

En ese contexto se presenta el concepto de la sociedad somática de Bryan Turner como una teoría de las instituciones que se articula con el cuerpo social experiencial de la fenomenología de Merleau-Ponty, para luego analizar de manera genealógica y crítica el concepto de salud desde perspectivas diferentes y en muchos sentidos contrastantes, así como la puesta en cuestión de los determinantes sociales de la salud como indicadores que únicamente corresponden al nivel demográfico-descriptivo, sino como constructos sociales.

Se aborda de manera puntual el concepto de medicalización como proceso por el que las condiciones humanas se convierten en condiciones abordables desde la ciencia médica, evidenciando en ese paso que la experiencia del cuerpo y sus fenómenos está indisociablemente atravesada por la óptica biomédica y, no obstante el contexto de época y tendencia de medicalizar la subjetividad, se muestran dos intentos por dar cuenta del bienestar como una realidad inasequible mediante el concepto de salud y a través de mediciones objetivas, a decir, la calidad de vida y la satisfacción con la vida.

El capítulo 6, *Envejecer en la vida cotidiana*, establece la teoría para leer la edad no como un indicador descriptivo sino como una categoría conceptual, cuestionando el envejecimiento a la luz del entramado temático, histórico y social que le dan forma a las categorías analíticas de la edad tardía.

Al comprender la sociedad como estructurada y estratificada en términos de la edad, se ponen en evidencia las discontinuidades, consistencia e institucionalidad de los roles sociales prescritos en función de la edad. Se muestran las tendencias históricas de asociar la vejez de manera casi exclusiva al deterioro corporal, y ello como justificación *de fondo* de la disposición de *lugares sociales distintos* para los viejos, dando lugar al retiro (en este sentido no nada más en los términos del retiro de la vida laboral sino del protagonismo social) como rito de paso hacia la categoría de viejo como un espacio social desocupado.

Se analiza el concepto de retiro como la institucionalización de ese lugar diferencialmente comprendido como un descanso, una recompensa o un derecho, no obstante que se muestra que la gran mayoría de las personas mayores en nuestro país (junto con las personas en la mayoría del mundo) no están en condiciones de gozar del retiro. De manera cercana, el concepto de desventajas acumulativas permite comprender que la pobreza extrema en la vejez es la expresión de la desigualdad experimentada a lo largo de toda una vida, teniendo inclusive efectos en el desarrollo de condiciones de demencia severa como el Alzheimer, que a su vez ensombrece la representación social de la vejez.

Conforme cierra el capítulo se muestra que frente a la transición demográfica que ocurre en la actualidad, se presentan no solo desafíos a propósito de *distribuir* recursos, sino también de significar nuevas maneras de *hacer vejez*, *configurar* nuevos espacios sociales para el desarrollo de relaciones y *repensar* el vocabulario que tenemos a disposición para nombrar la edad tardía, el bienestar y el estatus funcional de los adultos. En ese escenario se desarrollan conceptos como el de vejez rupturista, gerotranscendencia y tercera edad, para poner en perspectiva lo que ha significado y puede significar ser viejo.

El capítulo 7 muestra una trama sistemática de revisión de estudios previos sobre envejecimiento, experiencia y cuerpo. Se recuperan algunos ejemplos más paradigmáticos de esa investigación en nuestro país, contrastándolos con aquellos realizados con muestras

internacionales. El ejercicio arroja, entre otras características, la evidencia de que en contextos latinoamericanos la investigación se ha enfocado principalmente en aspectos de la adversidad económica (... *con buena razón*) y las relaciones sociales mientras que en otras latitudes (aunque también se prioriza el envejecimiento en la adversidad) tiene enfoques distintos (por ejemplo, en la adversidad entendida como la patología orgánica y no como parte de una configuración social), al mismo tiempo que hay temas emergentes a propósito de identidades emergentes y el cuerpo.

El censo de estudios permite reconocer el panorama actual de investigaciones cualitativas sobre envejecimiento y la necesidad de abonar a ese campo (frente a los estudios principalmente de corte macrosocial, o económico, o denunciando las instituciones insuficientes) al mismo tiempo que resalta la necesidad de solidificar los hallazgos mediante la incorporación de nuevos referentes sobre envejecimiento, que ya se han comenzado a discutir pero no documentar en nuestro contexto.

La tercera parte de esta tesis corresponde a todas las cuestiones empíricas y de discusión. En términos concretos, el capítulo 8 concierne a todos los hallazgos, mostrando las 40 tipificaciones experienciales encontradas durante el trabajo de campo. Cabe destacar que en ese capítulo el espíritu es descriptivo (la *develación* de la experiencia), señalando coincidencias y divergencias para la comprensión a gran escala que en el siguiente capítulo se analiza a la luz de la teoría.

El capítulo 9 muestra un entramado teórico-empírico de los aspectos inadvertidos de la experiencia del envejecimiento de los sujetos que proporcionaron sus testimonios, en muchos sentidos no dando cuenta de que expresaban la sociedad que estructuró la dirección de su conciencia y sentido común. El capítulo 10 recupera las conclusiones de esta tesis.

PRIMERA PARTE

Capítulo 1. Problema de investigación

Este primer capítulo tiene por objetivo enmarcar y dar justificación a la realización de la presente investigación, así como a la óptica social que luego la estructura, a partir de un primer reconocimiento de las características demográficas, sociales y científicas que configuran, por lo menos en parte, el fenómeno del envejecimiento en la geografía humana en el mundo y en particular en México. Al dar cuenta de los detalles de la configuración de ese cambio demográfico *como un problema* —en sus acepciones coloquiales y operacionales— y de los abordajes que desde esa configuración se desprenden, se pone en evidencia una necesidad social y académica de investigar los fenómenos que alrededor del envejecimiento ocurren en la escala microsocial e íntima.

Para este planteamiento se busca establecer las dimensiones temporal, geográfica, demográfica y teórica como piso del estudio alrededor de tres ejes: 1) el reconocimiento del dramático envejecimiento de la población que está ocurriendo en todo el mundo y que en particular presenta características distintivas y únicas en el contexto latinoamericano del siglo XXI; crecimiento demográfico del que 2) se ha dicho que la salud es el componente clave y nodal que se debe comprender y abordar para hacerle frente a la supuesta catástrofe inminente que implica el envejecimiento de la población.

Luego se observa también que, a pesar de reconocer su efectiva utilidad y contribución, 3) las estrategias y perspectivas que se han desarrollado tanto para estudiar como para afrontar ese problema mayormente tienden al reduccionismo. Y no únicamente en el sentido reconocible de la manera más inmediata, si no es que obvia —el sentido *biologicista* que es la consecuencia lógica de plantear una ecuación que configura el envejecimiento como un problema que se encuentra enraizado fundamentalmente en afecciones del cuerpo y fundamentalmente como un problema de salud—.

Sino también reductivo en un sentido que, configurado a lo largo del trayecto de la investigación, emerge en la forma de una sospecha de que también desde las ciencias sociales se suele operar con un sesgo que reproduce la idea de una vejez *estática* —por adjetivarla de una manera provisional y amplia— a través del tipo de estudios realizados, las muestras seleccionadas y las ópticas de análisis. Es decir, se trata de una observación de que los reduccionismos —que de otra manera se reconocen como necesarios para *hacer ciencia* y, luego, además, para tener impacto en las sociedades que estudia—, no suelen agotar sus efectos en *mostrar* realidades *parciales* alrededor del envejecimiento o cualquiera otro fenómeno social, sino que muestran y enfatizan usualmente *unas realidades* en particular —asociadas principalmente con afectos negativos fundamentados en las pérdidas del universo de la corporalidad, y las consecuentes pérdidas psicosociales, principalmente en las áreas de identidad, agencia y ciudadanía—.

Con base en ese contexto, esta propuesta parte de una necesidad doble: en primer lugar de un reconocimiento de que una proporción significativa de los estudios sociales sobre el envejecimiento, tanto en México como en el mundo, descansan fuertemente en una perspectiva macrosocial, epidemiológica y demográfica, y que desde esa perspectiva se marca la agenda política alrededor de tal *problema* en razón de preocupaciones que muchas veces son ajenas a la realidad de las personas concretas y de los escenarios culturalmente específicos en los que ellas transitan y se desenvuelven.

Y, en segundo lugar, se encuentra como eje la sospecha de que inclusive aquella proporción, minoritaria, de investigaciones que abordan el envejecimiento desde perspectivas desde la microsociología, psicología social y otras tradiciones que buscan de hecho recuperar los testimonios de los sujetos mismos mediante la enfatización de aspectos como la experiencia subjetiva, podrían estar de igual manera reproduciendo (como vehículos de la sociedad que los producen) los significados sociales sobre la edad adulta mayor que se

han heredado de otro contexto histórico y social (del siglo pasado) y que están fundamentados y articulados en un miedo —comprendido desde una óptica sociológica— que habría que actualizar a la luz de los referentes contemporáneos que desde la gerontología social crítica llaman a un reconocimiento de —por lo menos de entrada— la *pluralidad de experiencias* que ocurren en *tipos de vejez* heterogéneos como parte de un *desarrollo* psicosocial.

Ese escenario se expresa en una serie de paradojas presentes en una proporción considerable de ejemplos de investigación con población adulta mayor, mismos que se profundizan en el desarrollo de este documento, pero que conviene señalar provisionalmente:

En primer lugar, en la escala más amplia se habla del envejecimiento demográfico como un *éxito de la civilización* que se refleja en el continuo incremento de la esperanza de vida (en la dirección de conquistar el horizonte de la finitud de la vida), pero, al mismo tiempo, se habla del envejecimiento *como una amenaza*, como una carga para la sociedad en la medida en que la representación de los viejos se asocia con la enfermedad, la demencia y la dependencia.

En segundo lugar, hay una paradoja de hallazgos polarizados a propósito de aspectos psicosociales como los son los afectos: mientras que (como se mostrará) muchos estudios muestran una población marcada negativamente por el desamparo, la tristeza, la enfermedad y la discapacidad —configurando una dimensión de subjetividad en aquellos cuadros de dependencia—, por otro lado, se habla una población activa y contenta, más dotadora de apoyo económico y social del que es receptora¹.

¹ Especialmente en los países “en desarrollo” (incluido México) se reporta que las personas mayores participan más en el mercado de trabajo en comparación con las personas mayores en “países desarrollados” (Leeson & Harper, 2007), aunque ello se debe principalmente a las condiciones de la administración y regímenes de jubilación y los bajos ingresos percibidos (ONU, 2002b); adicionalmente la medición de apoyo económico incluye

Posiblemente ambas representaciones llevan algo de verdad, evidenciando la heterogeneidad de una población delimitada alrededor de un solo indicador, *la edad*, al mismo tiempo que se encuentran esas representaciones enraizadas en expectativas sociales como también en prejuicios. En ambos sentidos, cabe decir: tanto aquellas expectativas y prejuicios que remiten a un envejecimiento de la discapacidad como los que remiten a un envejecimiento de la ternura, la sabiduría.

	CONSIDERACIÓN POSITIVA	CONSIDERACIÓN NEGATIVA
ÓPTICA MACROSOCIAL	Envejecimiento como un éxito de la civilización que se refleja en el creciente incremento en la esperanza de vida	Envejecimiento como una carga social y económica basada en la enfermedad, demencia y dependencia.
ÓPTICA MICROSOCIAL	La vejez como una etapa de la felicidad, sabiduría, cariño, optimismo.	La vejez como una etapa marcada por el desamparo, la soledad, la depresión.

Figura 1. Matriz de paradojas en la representación social de la vejez

Fuente: Elaboración propia.

La tercera paradoja consiste en que *solamente* enfatizando los estudios que visibilizan *una realidad*—que por supuesto existe, de una población adulta marcada en sus dimensiones colectivas, individuales y privadas por la enfermedad y la discapacidad, especialmente ubicada en los contextos de adversidad y marginación social de manera transversal en este país— se puede optar y presionar por el cambio y la mejora de esas condiciones sociales.

aquellas horas de trabajo no remunerado el que se realiza cuidando a los nietos como parte de las vidas cotidianas.

Estas paradojas se presentan como cuestiones preliminares y en gran parte intuitivas pero, no obstante, reflejan discusiones sobre aquellos aspectos de la estratificación social en función de la edad y en particular el de las relaciones sociales entre grupos de edad, por ejemplo encontradas en Riley (1971, p.81) [traducción libre]:

Muchos aspectos de los vínculos entre jóvenes y viejos, dramatizados por filósofos y poetas del pasado antiguo siguen discutiéndose hoy en día: ¿hay una inevitable distancia entre generaciones? ¿los viejos constituyen un grupo minoritario en desventaja, observado con prejuicio por la mayoría? ¿o tienen control sobre importantes centros de poder, rehusándose a cederlo a los jóvenes?

Esas paradojas también reflejan la visión dicotómica del envejecimiento emocional de adultos mayores, donde hay algunos que envejecen “exitosamente” (en salud, relaciones sociales) y aquellos que están principalmente afectados por la fragilidad y la demencia que, a su vez, tiene efectos adversos en sus relaciones sociales; Fingerman y Baker (2007) trazan la presencia en la literatura sociológica de esa idea de la vejez como una etapa de vida en la periferia de la vida social, hacia 1943, cuando Talcott Parsons describe la familia nuclear como forma de vida dominante.

No obstante, resulta una consecuencia indeseable que, entre los callejones de esa visibilización de una vejez afectada al mismo tiempo por una biología en declive como por condiciones de vida completamente adversas, se pierden los testimonios y la *experiencia* de una cara más amable, no solamente posible sino también real, de una vejez donde la desgracia no es el destino.

Y que la representación social homogeneizada (vehiculizada en la forma de prejuicios, estereotipos y expectativas) de una población de viejos medicalizados, despojados de ciudadanía, agencia e identidad social tiene efectos concretos en el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la satisfacción con el envejecimiento (por utilizar los términos del contexto) no ya de un grupo social acotado (los viejos en esas condiciones), ni de la población en cierto

grupo etario que existe allá, afuera de la realidad social protagónica, *sino de toda la sociedad* en la medida en que, en el escenario de una sociedad cada vez más vieja, por un lado y, por otro, en un escenario social donde se valora la juventud —*efímera*—, y desprecia las manifestaciones del envejecimiento, nos reconocemos en el espejo y damos cuenta de que los viejos no “son los otros” sino que “somos nosotros”.

El planteamiento que se expone a continuación pretende sentar las bases de una investigación cualitativa que, con el grado posible de inducción que permite este tipo de estudio, plantea una serie de preguntas sobre la intersección de los planos sociales e íntimos en los que desembocan las inquietudes del envejecimiento demográfico con las miradas hacia construir un reconocimiento de otras posibilidades de vivir y experimentar la vejez.

Esta sección pretende también evidenciar los aspectos demográficos que enmarcan la investigación. Y una vez establecido ese basamento demográfico, se encuentra una transición hacia un discurso menos epidemiológico y más relacionado con políticas públicas, en particular políticas sociales y de salud. Y es allí, en el vacío localizado entre esos dos aspectos (demográfico y político) en donde se presta especial atención, donde se plantea una sospecha sobre las condiciones que dan forma a las diferentes estrategias de abordaje, contribuyendo a la configuración misma del problema.

Dicho de otra manera, se trata de una observación sobre el proceso de traducción de los aspectos demográficos en una preocupación sobre el envejecimiento como una carga social y, a partir de allí, de una configuración de actitudes sociales que influyen sobre la experiencia de vivir un cuerpo envejecido.

Planteamiento del problema

La población está envejeciendo y se configura un escenario de preocupación

En las últimas décadas han incrementado sustantivamente las discusiones a propósito de un marcado cambio demográfico que está ocurriendo en todo el mundo, sin precedentes históricos, y que tiene una dirección muy reconocible: los pueblos están envejeciendo y lo están haciendo muy rápido.

Esta transición demográfica responde a una serie de factores que se empalman para producir tal cambio en la sociedad; factores que van desde los avances tecnocientíficos que inciden directamente en los procesos reproductivos, la salud y longevidad, hasta factores conductuales que se documentan como aspectos *individuales* o, podríamos decir de otra manera *subjetivos*, que se expresan en el comportamiento observable, también a propósito de la reproducción, la salud y la longevidad, y que están montados sobre el imaginario de las decisiones individuales y *valores* pero que, en todo caso, ocurren en contextos sociales y culturales específicos que les dan forma y contienen esas a expresiones del comportamiento individual, configurando las modificaciones que ocurren en la gran escala.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015b) reporta con confianza que actualmente la mayoría de las personas en todo el mundo está en condiciones de sobrepasar el umbral de los 60 años de edad, límite que tradicionalmente ha significado el inicio de la vejez. La tendencia de envejecimiento marcada por el incremento de la esperanza de vida comenzó a documentarse ya en la primera mitad del siglo XX (y primero en el hemisferio norte, con las implicaciones geopolíticas que ello significa), aunque ha tenido matices importantes en diferentes lugares del mundo, a decir: que mientras en aquellos países identificados por la misma OMS como “de ingresos altos” se reconoce que el envejecimiento poblacional se debe principalmente a la disminución de la mortalidad en los habitantes más viejos... en los países llamados “de ingresos medios” (como es el caso de México) y “de

ingresos bajos”, tal modificación se identifica primordialmente con la disminución de la mortalidad causada por enfermedades infecciosas, particularmente en las edades más jóvenes, en una *transición epidemiológica*, como un factor decisivo (OMS, 2015b). Es decir, que mientras en los países ricos la población ya había una población vieja y ahora “simplemente” *viven más*, en los países de ingresos medios y bajos, más personas están llegando a la vejez o *viven más viejos*.

Esa diferencia configura ya un primer dato que levanta sospechas a propósito de la distribución heterogénea de la salud, la enfermedad y la mortalidad en el mundo contemporáneo relacionada con factores socioeconómicos. Y de ello se deriva una segunda diferencia observable que configura un eje característico de lo más importante: que el ritmo diferencial de crecimiento de la población en ambos tipos de países es significativo y que aquellos que están *en desarrollo* tienen una desventaja fundamental relacionada con el tiempo, pues el lapso temporal para adaptarse a las consecuencias sociales del envejecimiento de la población ha sido y seguirá siendo considerablemente menor.

A manera de comparación conviene mencionar que en Europa, actualmente el continente más envejecido del mundo, la mayoría de los países tuvo más de 100 años para adaptarse al envejecimiento demográfico y que, por decir un ejemplo, tan solo en Francia transcurrieron 150 años para adaptarse al incremento del 10 al 20% de su población adulta mayor (González Pérez, Vega López, Cabrera Pivaral, Arias Merino, & Muñoz de la Torre, 2011); por su parte, al mismo tiempo que Latinoamérica todavía es considerado un continente mayoritariamente joven, las proyecciones de la OMS (2015b) muestran que el incremento de la población adulta mayor en países como México, Brasil, Colombia y Chile, la transición a las proporciones europeas podría ocurrir en una ventana de tan solo 20 años.

La transformación que está ocurriendo en el tejido humano que conforma las sociedades en el mundo, a decir de nuevo, el *envejecimiento poblacional*, configura una serie

de asuntos públicos que han llamado la atención desde las escalas más globales y precipita, por consecuencia, estrategias que expresan una preocupación basada en la consideración de ese fenómeno como un problema inminente que, además, no se puede prevenir *porque los ancianos de mañana ya nacieron*.

Es decir, una cosa es un fenómeno y otra cosa es un problema y, conviene decirlo de una vez, que el eje fundacional más importante de esa construcción como un problema tiene una serie de escalas obligadas en los conceptos de enfermedad y dependencia, configurándose así un horizonte desafiante que pone en cuestión la disponibilidad y distribución de recursos a nivel mundial. En tal contexto se ha hablado del *tsunami de la vejez* (Barusch, 2013), una metáfora que equipara al envejecimiento demográfico con un desastre no ya únicamente medido por magnitud ni su capacidad destructiva sino que además adquiere un carácter de desastre *natural*. O el concepto de *apocalipsis demográfico* (Robertson, 1990) que, articulado en razón de los miedos que como sociedad producimos sobre la vejez imaginada como una realidad homogénea (equiparada con la enfermedad, tanto física como mental y, para ese último caso, en particular con la demencia, y la dependencia que de esa enfermedad deriva) que llevaría necesariamente a una catástrofe, principalmente económica.

En la misma línea de pensamiento, que sostiene una vejez bajo esa óptica estigmatizante, se ha hablado también de una *bomba gris* (Miles, 2002), —una metáfora basada en que una característica física inmediata, *corporal*, de las personas mayores serían las canas—; bomba que está a punto de explotar y que requiere intervención inminente en la política monetaria o que, de lo contrario, esa bomba tendría un impacto en el dividendo demográfico (o carga de dependencia) de tal magnitud que conduciría, en la mayoría de los escenarios adversos, hacia una absoluta insostenibilidad social.

Es cierto que el envejecimiento poblacional presenta un desafío legítimo y no menor a propósito del impacto inevitable que tendrá en las esferas económicas y sociales, como lo señala la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2002b); para la primera de esas esferas, la económica, se espera que haya una incidencia en aristas del crecimiento económico a través de los comportamientos en el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las herencias, mientras que para la segunda esfera, la social, se esperan modificaciones en los campos de la administración y atención de salud, así como la salud misma de las personas y las composiciones de familias, condiciones de vida y vivienda, y los patrones de migración.

Sin embargo, no obstante que existe de hecho un grado considerable de legitimidad en las preocupaciones a propósito de una posible *bomba gris* o un *apocalipsis demográfico*, sería ingenuo asumir que esas inquietudes existen exclusivamente a partir de una realidad objetiva, o que una es traducción de la otra, puesto que todavía hace falta hacer una escala en las consideraciones que configuran el sentido común o la lógica que digiere esa realidad. Lógica que, entretejida con miedo, construye los límites, le da forma a esa realidad y funge como mediador en la manera en que se ejecutan y reproducen esas preocupaciones.

Estrategias globales. Las tendencias demográficas sobre el envejecimiento empezaron a generar interés público por lo menos desde 1955, año en que la ONU realizó el primer informe sobre envejecimiento de la población (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [ONU DESA], 1956), aunque ese primer esfuerzo estaba focalizado sobre la población de los “países desarrollados”. En consecuencia, las colaboraciones internacionales ya de manera estructurada emergieron a partir de 1978, cuando, con base en aquel informe, la Asamblea General de la ONU convocó a la Asamblea General Mundial sobre Envejecimiento para abordar la preocupación de que la población de cada vez más países

estaba envejeciendo notablemente; es decir, que ya se configuraba como un problema la estimación del envejecimiento.

Aquella *primera* Asamblea tuvo lugar en Austria en 1982 y de ella se desprendió la publicación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento [“Plan Viena”] (ONU, 1983), que constituiría el primer documento estratégico y la primera directriz internacional que tenía por objetivo ayudar a la sociedad a adaptarse a su envejecimiento. Tal acontecimiento en Viena sería el antecedente de la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento [“Plan Madrid”], aprobado en la Segunda Asamblea, veinte años después, en 2002 (ONU, 2002).

El Plan Madrid constituye hasta la actualidad la iniciativa más importante de las Naciones Unidas sobre envejecimiento y de él se desprende la agenda general de acciones internacionales que determinan el contexto de las políticas globales para abordar el envejecimiento demográfico en el siglo XXI, con el concepto y objetivo central de *construir una sociedad para todas las edades*.

Ya estaba presente desde el Plan Viena la determinación de desarrollar y aplicar, tanto a nivel internacional, nacional y regional, políticas diseñadas con el objetivo de abordar el envejecimiento tanto en las dimensiones macrosociales como microsociales, por lo que ese plan se concibió al mismo tiempo como una guía de políticas públicas que permitieran tratar los temas que afectaban tanto a los individuos como a la población.

Para ser específicos, se pretendían orientar esfuerzos hacia el desarrollo de políticas y acciones en ambos sentidos: uno con énfasis en la escala individual y otro en la escala poblacional; el primero buscaría *“mejorar las vidas de los individuos que envejecen y permitirles disfrutar en mente y cuerpo, de manera completa y libre, sus años avanzados en paz, salud y seguridad”* así como estudiar *“el impacto que las poblaciones en envejecimiento tienen sobre el desarrollo y, a su vez, el impacto del desarrollo en el envejecimiento, con la*

visión de habilitar el potencial de realización y mitigar los efectos negativos de ese impacto”; en términos amplios se expresaba la intención de “*garantizar la seguridad social y económica para las personas adultas mayores, así como a desarrollar vías para que pudieran contribuir con el desarrollo nacional*” [traducciones libres] (ONU, 1983).

Es importante subrayar, a partir de esos objetivos, que desde el principio se ha enmarcado como una preocupación doble: en primer lugar sí un interés focalizado sobre sujetos o individuos concretos, y que ese interés se expresa en aspectos de su bienestar y desarrollo personal mediante esa serie de sustantivos difíciles de cuantificar cuando se refieren a aspectos de la subjetividad, como lo son *paz* y *seguridad*, acompañados de adjetivos orientados hacia metas, y no menos complejos de aprehender, como lo son las menciones de la *libertad* y *completud*; y —hay que hacerlo notar y reiterar prontamente puesto que remite a los objetivos de esta investigación—, hay un reconocimiento de una dimensión corporal que hace referencia a una biología que opera como punto de partida (*por lo menos como eso*, podríamos decir desde una primera intención) que precipita y configura aquella preocupación.

Porque, en segundo lugar, la mirada siempre está puesta sobre los efectos que aquellas realidades individuales pueden agruparse para configurar impactos considerables en los aspectos económicos, considerados primordiales en la dimensión *macro* que incluye también aspectos políticos, científicos y sociales.

Si bien el Plan Viena ya constituía un documento importante con recomendaciones sobre investigación, recopilación de datos y entrenamiento de especialistas, la segunda asamblea, en Madrid, tuvo por objetivo la revisión de aquellos resultados para reemplazar esa estrategia con una más nueva y refinada estrategia global que pudiera agrupar esfuerzos y responder a las transformaciones que habían ocurrido en la sociedad durante los 20 años que transcurrieron entre ambas reuniones. A decir, el *ingreso* al siglo XXI y la extensión del

enfoque del proyecto de las sociedades desarrolladas hacia aquellos países en desarrollo (o “economías en transición”) y sus realidades socioculturales, demográficas y económicas específicas (Sidorenko & Walker, 2004; ONU, 2002a, 2002b).

La urgencia por abordar el envejecimiento en todos los sectores sociales correspondía, por tanto, con poder vincular el cambio demográfico con las oportunidades emergentes alrededor de tres prioridades relevantes: el desarrollo (comprendido en un sentido macrosocial y económico), el mejoramiento de la salud y el bienestar en el envejecimiento; es decir, el tránsito del Plan Viena al Plan Madrid implicó pasar de un plano “humanitario” a uno del “desarrollo” (Sidorenko & Walker, 2004); y en tal sentido, la meta central del segundo, de *construir una sociedad para todas las edades*, implica un necesario reconocimiento de la inclusión de las “*personas de edad*”² en las prioridades públicas y la necesidad de poner en primer plano el tema de la salud, articulado con la agenda más amplia

² El término eufemístico “*personas de edad*” se ha posicionado como un genérico para referirse a las personas adultas mayores. Ese término, “*de edad*”, parece ser, por un lado, una evasión de las concepciones peyorativas que culturalmente se han adherido a términos como “anciano” o “viejo” y, por otro lado, una respuesta a la imprecisión de origen que el idioma español ofrece para referirse al proceso inherente de los humanos de *adquisición continua de edad* y que no comienza en la vejez, es decir, donde “*envejecimiento*” no recupera el sentido más amplio presente en otras lenguas, como la palabra inglesa “*ageing*” o el término francés “*personnes âgées*”. El uso de la terminología “*de edad*” tiene tal difusión que es la empleada en publicaciones oficiales como las del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017) o la misma Organización Mundial de la Salud (2017b). No obstante que ese uso se ha extendido considerablemente, queda una insatisfacción sobre su uso, por lo menos hasta ahora insalvable, a propósito de que, así como todas las personas tenemos sexo o etnicidad, también todas tenemos edad y que, al emplear ese término para hacer referencia a los viejos, se cae paradójica y reiterativamente en la equiparación de la edad con la vejez. Cabe señalar que existe una imprecisión paralela pero resuelta de manera más satisfactoria sobre el término para nombrar la discriminación basada en la edad, donde “*viejismo*” hace referencia exclusiva a la discriminación hacia los viejos mientras que “*edadismo*” tiene una connotación más amplia sobre la discriminación basada en la edad, independientemente de la vejez.

de la ONU en materia de derechos humanos, a propósito de la erradicación de la pobreza y empoderamiento de los individuos y, en este caso en particular, de aquellos en la vejez.

La historia muestra que la vejez no es la excepción ni una característica contemporánea, *siempre ha habido viejos*. Los hubo en la Edad Media, en la Grecia clásica, en las sociedades prehistóricas, así como también los hay en las sociedades “no desarrolladas” del mundo contemporáneo (Minois, 1989; Tibbitts, 1963); hace 5000 años la epopeya de Gilgamesh (Anónimo & George, 1999) ya registraba la épica de una búsqueda de la inmortalidad, lo que podemos entender como un intento de trascender la vejez y, más aún, como un registro de la vejez y la muerte en la imaginación humana (Birren, 2007; Sánchez Salgado, 2000).

Sin embargo, la tendencia histórica siempre fue que los viejos representaran un grupo pequeño en la sociedad. En cualquier momento de la historia se estima que hubo un 2% o menos de representación de personas mayores (Achenbaum, 2007), dando la posibilidad de que mantuvieran roles acotados pero significativos en la sociedad. Especialmente a la luz de la transición epidemiológica podemos concluir que el porcentaje pequeño de viejos representaba a los pocos que no habían muerto pero que, en todo caso, posiblemente no estaban afectados por la enfermedad.

El envejecimiento como un problema actual reside precisamente en que nunca en la historia habían representado un grupo tan numeroso y, por consecuencia, no había surgido una preocupación tan extendida y profunda por el fenómeno del envejecimiento demográfico, cuya proporción es cada vez más representativa en la sociedad. Y para comprender la magnitud de la preocupación también conviene presentar la información demográfica global y nacional que sostiene esta parte de la argumentación, enfatizando también el concepto de velocidad en la transición demográfica.

Prospectos demográficos. El mundo todavía es un lugar principalmente joven, pero dejará de serlo muy pronto: actualmente hay el doble de personas menores de 15 años (26%) que mayores de 60 (13%) a nivel global y la distribución es similar en Latinoamérica, donde 25% de las personas son jóvenes y 12% son mayores; sin embargo, se estima que esas proporciones se habrán igualado para el año 2050 (ONU DESA, 2017b) —prácticamente 30 años que, para una transición tan significativa en la edad de la población, es un periodo considerablemente corto— y a partir de entonces el mundo dejará de ser un lugar caracterizado por la juventud.

Ya en 2002 (ONU, 2002b) se auguraba que para esa fecha, 2050, por primera vez en la historia habría más personas mayores que jóvenes y es claro que esa tendencia solamente ha ido confirmándose. También es importante mencionar que un grado de incertidumbre es ineludible en toda proyección demográfica, pero que si algo podemos recuperar de la revisión de proyecciones sobre envejecimiento es que las estimaciones de las últimas dos décadas del siglo XX subestimaron sustancialmente el incremento de la longevidad y el decremento de la fertilidad (Miles, 2002), por lo que, *hasta nuevo aviso*, esa incertidumbre no proporciona alivio sino alarma.

De acuerdo con los reportes demográficos más recientes (ONU DESA, 2017b), en 2017 había en el mundo 962 millones de personas mayores de 60 años, cifra que corresponde a una proporción de 12.7% de la población global total (de 7 600 millones de habitantes), con una tasa de crecimiento de 3% anual; cabe señalar que esa tasa de crecimiento prácticamente triplica la del crecimiento demográfico total pues, aunque el incremento de la población todavía se está registrando, este fue más característico durante el siglo XX y el proceso se ha desacelerado sustantivamente durante el siglo XXI. Aunque la población mundial, si bien continúa creciendo, lo hace al ritmo de 1.1% anual, con un incremento de 83 millones de personas cada año.

Es importante notar que el ritmo del crecimiento demográfico continuará ralentizándose. Se estima que la población global seguirá creciendo en las siguientes décadas, hasta finales del siglo XXI, y a partir de entonces la tendencia será hacia la estabilidad, por lo que en el año 2100 se alcanzará una meseta poblacional en alrededor de 11 200 millones de habitantes (Figura 2).

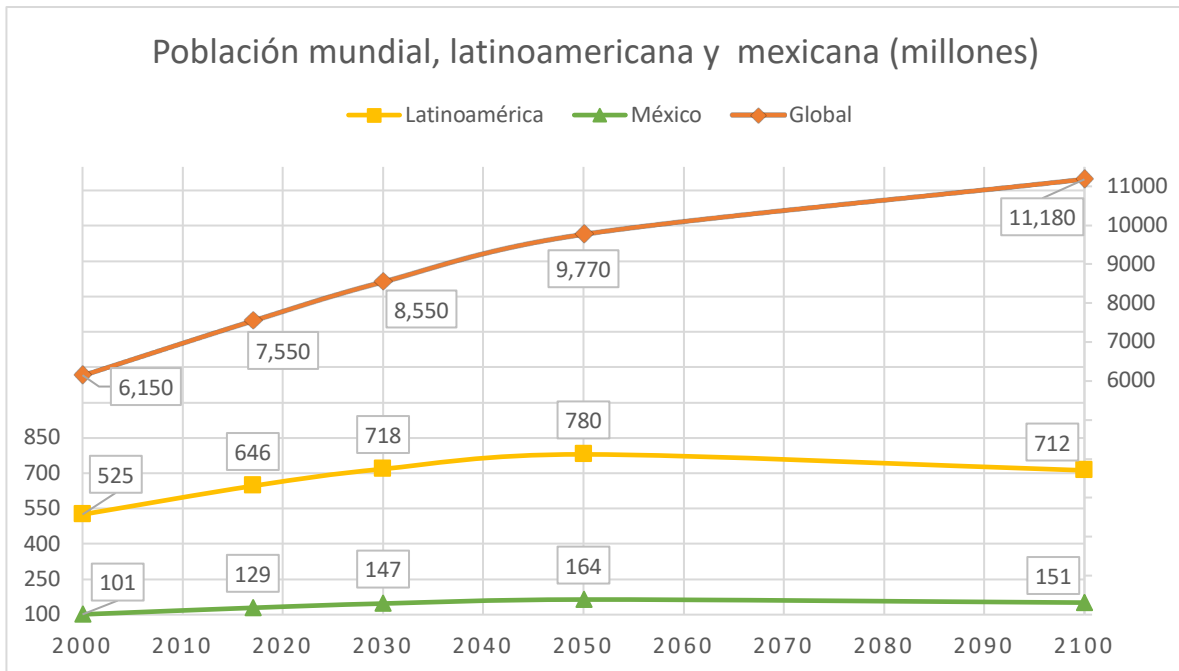


Figura 2. Población mundial, latinoamericana y mexicana 2000 - 2100

Fuente: Elaboración propia con datos de ONU DESA (2017b).

Sin embargo, es muy importante comprender el papel que el continente africano juega en el panorama demográfico global pues detrás de esas cifras de crecimiento hay un giro crítico en los datos y proyecciones para Latinoamérica, ya que el envejecimiento poblacional no se amortiguará (ni en tiempo ni en recursos) con crecimiento demográfico. En la realidad es África el único continente donde la población continuará incrementando de manera significativa, y en el periodo entre el presente y el año 2050, esa región contribuirá el 50% del incremento de la población global y, a partir de esa fecha, será prácticamente el único

contribuyente con el crecimiento demográfico, inclusive en aquellas proyecciones que estiman un sustantivo decremento en la fertilidad de ese continente.

Eso es relevante en la medida en que, al mismo tiempo que hemos señalado que la población mundial continuará incrementando, por más modesto que sea ese crecimiento en el futuro previsible, la mayoría de ello no representa una oportunidad para nuestro país o continente, como suele significar el incremento poblacional, basado en el dividendo demográfico. Excepto por África, en el resto de las regiones la población crecerá muy poco, permanecerá estable o incluso disminuirá: para 2050, Latinoamérica será el tercer continente que contribuya con el crecimiento de la población (siendo Asia el segundo), aunque de una manera muy poco significativa, y Europa será el único continente en donde la población ya va a registrar disminución en su población; para el año 2100 destaca que el decremento en la población ya se habrá registrado en Latinoamérica y en México (Figura 2).

Resulta adecuado reiterar, entonces, que el escenario del envejecimiento demográfico no descansa únicamente en el incremento de la esperanza de vida. Es decir: esta configuración no radica solamente en que las personas estén viviendo cada vez más tiempo, sino que el comportamiento demográfico ha modificado las tendencias de envejecimiento poblacional desde diferentes puntos, por lo que ese fenómeno también incluye entre sus variables la disminución de la tasa de mortalidad, el decremento en la tasa de fertilidad (especialmente en la mayoría de países donde todavía son prevalentes las familias numerosas) y un pequeño incremento en esa misma tasa allí donde las mujeres ya tienen hijos por debajo de los niveles de reemplazo poblacional.

Entre esas causas resalta el decremento de la fertilidad que de manera considerable se ha venido registrando en las últimas décadas: en el mundo actualmente están naciendo menos niños que en generaciones anteriores, con prácticamente la mitad (46%) de la población mundial presentando tasas de fertilidad por debajo de reemplazo y una proporción de la

misma magnitud con apenas tasas intermedias, obteniendo como resultado un promedio global de 2.5 nacimientos por cada mujer (ONU DESA, 2017b); se espera, además, que esa tendencia de disminución en el número de nacimientos continúe y que, para 2050, el 69% de la población global registre nacimientos por debajo de la tasa de reemplazo y desaparezca por completo la alta fertilidad en todo el mundo (Figura 3), contribuyendo significativamente a la ralentización del crecimiento demográfico y estableciendo el punto de inflexión para que en 2100 la tasa de fertilidad global se encuentre en 2.0, habiendo frenado por completo el crecimiento poblacional y alcanzando la meseta de estabilidad con una población significativamente más envejecida.

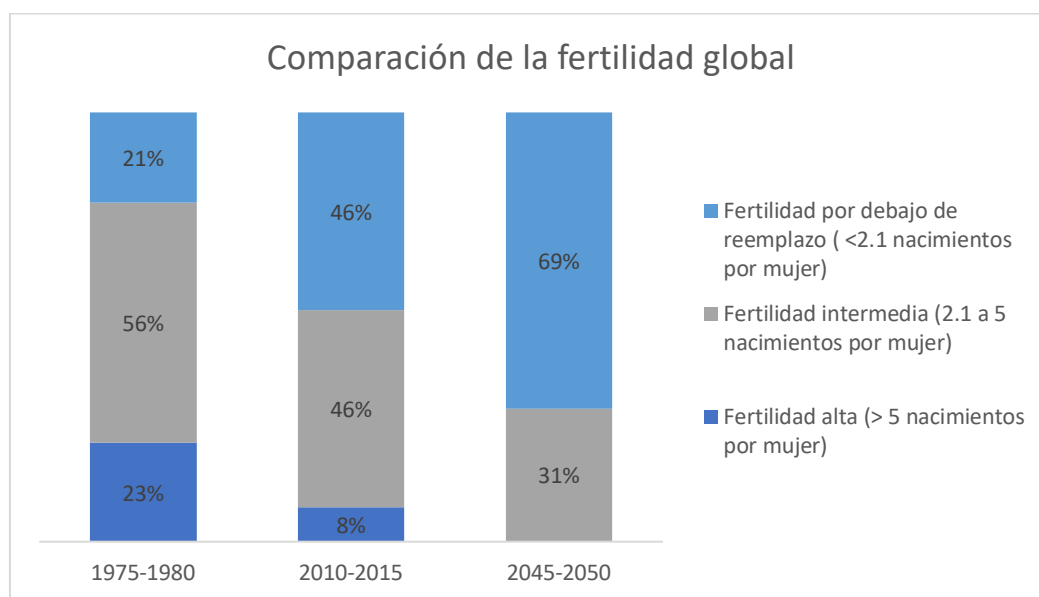


Figura 3. Comparación de la fertilidad global años 1975 – 2050

Fuente: Adaptación de ONU DESA (2017b, p. 7)

México no solamente no es la excepción en esta tendencia, sino que los datos actuales muestran un panorama crítico dado que ya enfrenta ese escenario: actualmente se registra una tasa de fertilidad apenas sobre la de reemplazo, en 2.18 nacimientos por cada mujer (Banco Mundial, 2018; INEGI, 2018a) (Figura 4).

Cabe notar que en tan solo el periodo ocurrido entre 2000 y 2016 se registró una disminución de 20% en esa tasa, agudizando el panorama ante esa tendencia que comenzó a registrarse a principios de la década de 1970 luego de varias décadas de fertilidad alta. Se espera que México presente fertilidad por debajo de las tasas de reemplazo por lo menos hasta el 2050 (ONU DESA, 2017a).

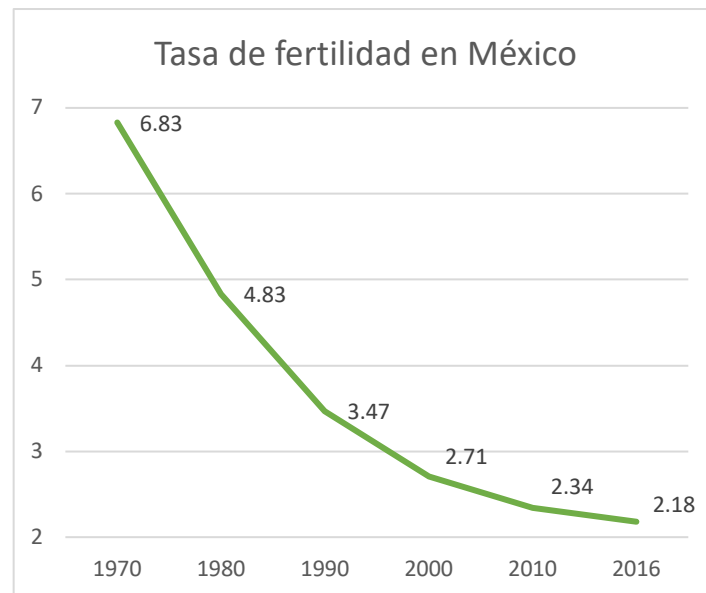


Figura 4. Disminución en la tasa de fertilidad en México, 1970 - 2016
Fuente: Adaptación de Banco Mundial (2018).

Por otro lado, mientras que el inicio del siglo XX para Latinoamérica significó un incremento muy imperativo de su población, asociado estrechamente con la disminución de la mortalidad infantil, en las últimas décadas, hacia la de 1990, las políticas de desarrollo económico y las políticas de reducción de la fertilidad y planeación familiar tuvieron efectos positivos en la desaceleración del crecimiento de la población. Esas políticas se expresaron a la par de otros cambios, como el incremento de acceso a la educación en mujeres y la participación femenina en el mercado laboral, así como el incremento en la urbanización y acceso a servicios de salud (Juárez & Gayet, 2015), poniendo parte de las condiciones para la situación actual.

En este horizonte demográfico la balanza irá inclinándose hacia una población de cada vez mayor edad, cambiando por completo la estructura de la sociedad registrada en prácticamente todo el mundo, pero con características críticas para las poblaciones latinoamericana y mexicana, marcadas principalmente por las variables asociadas con el tiempo y la desigualdad social. Se espera que para el año 2050 se duplique la proporción de adultos mayores en el mundo, es decir, que una de cada cuatro personas sea mayor de 60 años, con las mismas proporciones para Latinoamérica, (ONU DESA, 2017b). Es decir, estamos hablando de una representación que en la actualidad solamente está presente el continente europeo, cuya tasa es solamente superada (aunque descendiendo hacia la escala de nivel nacional) por Japón, donde más de 30% de la población es adulta mayor.

Es decir, que la proporción actual de 12% de población adulta mayor en Latinoamérica y, particularmente 10.5% en México (INEGI, 2017), no son preocupantes como datos aislados, especialmente cuando se les compara con la proporción de regiones ya envejecidas. Sin embargo, hay que considerar, por un lado, las características de desventajas sociales presentes en nuestra región y, por otro lado, que precisamente porque la tasa de fertilidad ya se encuentra en tendencias críticas, la velocidad de la transición de edad será fundamental.

México todavía es también un país joven, donde más de la mitad (55%) de la población tiene 30 años o menos (González Pérez et al., 2011) y solamente una de cada 10 personas es adulta mayor. Los reportes y cifras oficiales en México (INEGI, 2014)³ indican

³ Es importante aclarar, por reiterativo que parezca, que el INEGI considera personas adultas mayores a aquellas a partir de los 60 años y que esa definición coincide con la de la OMS. Las mediciones y estudios de envejecimiento no presentan homogeneidad en la definición de esa población, frecuentemente estableciendo un inicio entre los 60 y 65 años, y en ocasiones mayores. Sobra decir que las estimaciones con criterios distintos conducen a comparaciones y conclusiones imprecisas.

que la población mayor comenzó a crecer de manera significativa a partir de la primera mitad del siglo XX: en 1930 había solamente 900 000 personas en ese rango de edad, mientras que en 2017 esta población estaba sobre los 13 millones, es decir, un incremento de más de 1000% de individuos en una ventana de 80 años.

No obstante, eso son solamente números absolutos y al compararlos en proporción con la población general, la población adulta mayor incrementó de 5.42% (1930) a 6.2% (1990) a 10.5% (2017), implicando una aceleración muy significativa en ese crecimiento en apenas las últimas dos décadas (Figura 5), con una tasa superior a 3.0% anual, es decir, el mismo ritmo con que ocurre a nivel global. Notablemente el subgrupo en mayor crecimiento es el de 65 a 84 años.

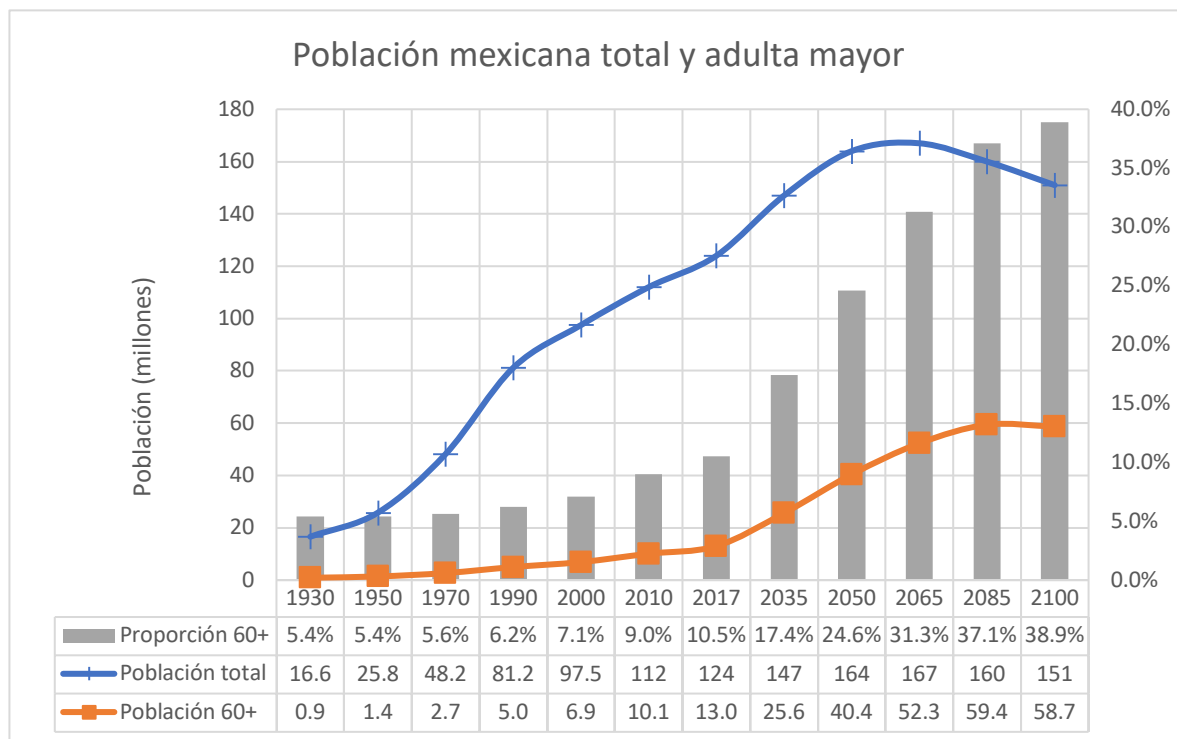


Figura 5. Población mexicana total y adulta mayor 1930 – 2100

Fuente: elaboración propia con datos de INEGI (2010, 2014) (retrospectivos) y ONU DESA (2017a, 2017b) (prospectivos).

Cabe decir que la mayoría (46.5%) de personas adultas mayores viven en poblaciones de más de 100 000 habitantes, y que este grupo social ha incrementado en ese tipo de poblaciones mientras que ha disminuido en las de menor tamaño, lo que hace también referencia a una intersección con el fenómeno social de la migración de zonas rurales a urbanas y a la configuración de un fenómeno alrededor de cambios económicos.

En la escala regional, Guanajuato es la sexta entidad federativa con la mayor población adulta mayor de más de 60 años, con un registro de 580 767 adultos mayores en 2015 (Instituto de Planeación y Geografía del Estado de Guanajuato [IPLANEG], 2017), de los cuales 46% (258 mil) son hombres y 54% (299 mil) son mujeres; la entidad registra que un 10% de su población corresponde a personas adultas mayores (de un total de 5 853 677) (INEGI, 2015), por lo que podemos decir que Guanajuato es un estado con una proporción de población adulta similar a la del país.

Carga por dependencia. En este punto conviene hacer referencia a otra variable demográfica, sostenida sobre las anteriores, y que representa un nudo central para la configuración del envejecimiento como un problema: la proporción de adultos en edad productiva en comparación con la población inactiva o “dependiente”.

Por un lado se habla de un “dividendo demográfico”, concepto principalmente económico que se refiere a la oportunidad derivada de una proporción relativamente grande de población adulta económicamente activa en comparación con una proporción relativamente pequeña de población dependiente, implicando una base para el crecimiento económico (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2016).

Por otro lado, se encuentra que el indicador clave para el dividendo demográfico sería la carga o tasa de dependencia que se obtiene al calcular la proporción de personas entre 20 y 64 años (“activa”) y aquella menor de 20 y mayores de 65 (“pasiva”). Es de notar que la población definida como “dependiente” a su vez se subdivide en la población infantil y la

adulta mayor, y de ello se desprende evidenciar que la diferencia entre una y otra es que la primera pasará a ser población activa, siendo entonces *la promesa de un dividendo demográfico*, mientras que la segunda representa *solamente una carga*. Dado que el incremento de la edad de la población es inevitable, cada vez más se irá deteriorando el dividendo demográfico, teniendo, a la vista, un efecto profundo en la capacidad social de soporte a la vejez.

De manera que mientras en México todavía haya proyección de incremento poblacional (mientras la tasa de reemplazo arriba expuesta se encuentre encima de 2.1), aunque sea discreto, nos encontramos frente a una ventana de oportunidad para el dividendo demográfico, puesto que ello implica que la población en edad productiva todavía incrementará. De ello se desprende, por lo menos parcialmente, que de manera tradicional las políticas públicas y en general el peso de las estrategias enfocadas en el desarrollo hayan tenido a los jóvenes como foco. Pero hay que recordar que, aunque en Latinoamérica todavía hay el doble de jóvenes que de viejos, en el 2050 se va a igualar esa proporción y que como consecuencia es importante ampliar el foco de esas estrategias, especialmente en la medida en que, de manera todavía más preocupante, se encuentra que la proporción de población en edades productivas en México se estima que llegue a su punto máximo en el 2030 (ONU DESA, 2017b), y a partir de entonces comenzará a disminuir.

Es a la vez interesante y preocupante notar que en México la población total dependiente ha disminuido de manera significativa en las últimas décadas, con una reducción por mitad entre 1970 y 2015, pero que al mismo tiempo ha incrementado la dependencia de adultos mayores en proporción de dependientes y en proporción de la carga total (Figura 6). El cambio que se va a registrar en la tendencia de dependencia para el año 2030 —que se revierta el decremento—, corresponde precisamente a un dividendo demográfico afectado

por la disminución en las tasas de fertilidad y el incremento en la esperanza de vida, es decir, por todo este proceso de *transición demográfica*.

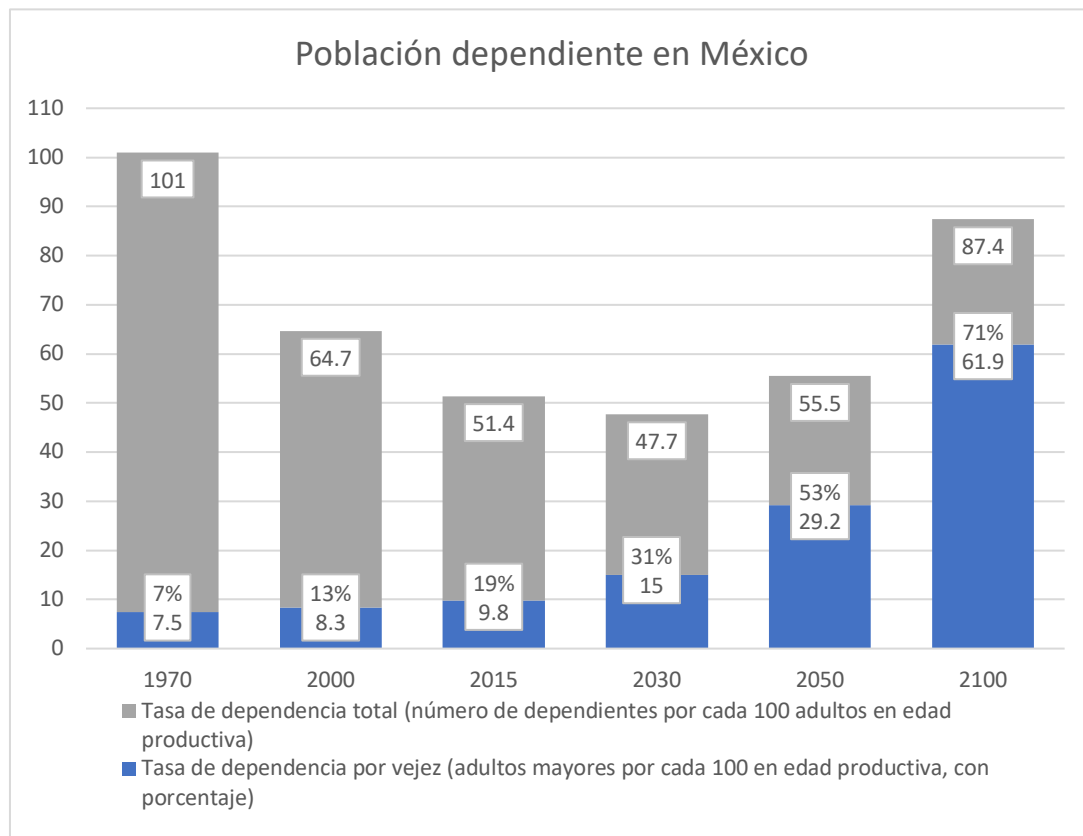


Figura 6. Población dependiente en México, total y adulta mayor
Fuente: elaboración propia con datos de ONU DESA (2017a, 2017b).

Las cifras presentadas implican que en 2015 en México había 10 personas en edad económicamente activa por cada persona mayor a 65 años. A manera de comparación, Japón, el país más envejecido del mundo, actualmente presenta una tasa de 2 adultos activos por cada persona mayor. No obstante, se espera que para el año 2050 un número considerable de países, entre ellos México, presenten tasas similares a las de Japón, como lo muestra la Figura 6, representando un gran desafío político y social.

Sobra decir que en el dividendo demográfico radica el gran problema y la mayor preocupación a propósito del envejecimiento poblacional: en la medida en que continúe creciendo la población “dependiente” y haya cada vez menos población “económicamente

activa”, se aproxima una presión económica por el incremento en el gasto en seguridad social en general, expresado tanto en los sistemas de salud como en las pensiones, representando un desafío para coordinar iniciativas estatales, comunitarias y familiares (Leeson & Harper, 2006). Sin embargo, en la medida en que configuramos el problema del envejecimiento demográfico *como un objeto de estudio de las ciencias sociales* resulta importante evidenciar que, por un lado, se encuentran las presiones reales a propósito de la provisión hacia una población que cada vez vive más años (con cada vez más frecuencia 40 años o más después del retiro) pero, por otro lado, se encuentran los temas que conciernen el comportamiento, actitudes y expectativas sociales alrededor de la vejez, configuradas, como se dijo antes, alrededor del miedo cuyo contenido es el de una vejez marcada por pérdidas incapacitantes.

La misma categoría “población dependiente adulta mayor” se basa, no ya únicamente en criterios de edad, sino en los *criterios determinados de una edad* —65 años—, criterios que podrían no ser adecuados para llenar de contenido una categoría de dependencia como probablemente lo hicieron al momento de la concepción de ese indicador.

Y es que tenemos el concepto de *transición demográfica*, cuyo dinamismo inherente parece aplicar solo para la escala *macro* pero no para la *micro*, aquella que concierne a los individuos. ¿Habría lugar para una comprensión sobre la vejez que permita reconfigurar los miedos sociales y el envejecimiento demográfico como un problema? ¿Podría ser que el núcleo del problema social del envejecimiento no residiera en la edad, sino en la marginación social transversal de nuestra sociedad? Y, habiendo levantado esa sospecha... *¿no habrá cambiado junto con las tendencias demográficas, también la manera de experimentar y transitar la vejez?*

Es importante notar que, al mismo tiempo que circulan los miedos sobre la vejez basada en la dependencia, ciertas investigaciones, incluyendo las del Oxford Institute of Ageing (Leeson & Harper, 2007), muestran que en Latinoamérica las personas adultas

mayores tienen un papel no solo importante y activo, sino *protagónico* en la vida comunitaria al contribuir más apoyo financiero y práctico a amigos y familiares que el que reciben, incluyendo “*millones de horas*” de trabajo no pagado que proveen en la forma de tareas domésticas o de cuidado; en ese contexto, los datos provistos para México mostraron que mientras 32% de las personas de 70-79 años recibió apoyo financiero de sus familiares, la proporción también significativa de 20% lo proveyó *en lugar de recibirlo*; por otro lado, en edades más jóvenes pero ya en la mediana edad (50-59 años) 17% recibió ese tipo de apoyo mientras que prácticamente la mitad (46%) lo otorgó, resaltando una importante relación bilateral y recíproca de apoyo entre los adultos mayores y el resto de la sociedad.

Este tipo de datos sobre el intercambio intergeneracional de recursos, materiales pero también psicológicos, no son atípicos o inusuales; de igual manera en el contexto latinoamericano se ha reportado que, por ejemplo, en Chile, la mayoría (54%) de las personas mayores percibió un equilibrio entre el apoyo que dan y reciben, mientras que un 27% creía dar más de lo que recibía y solamente 19% estimó recibir más de lo que daba (Herrera & Fernández, 2013), constatando un testimonio sobre que el intercambio de recursos y la responsabilidad filial es una tendencia continua y recíproca a lo largo de toda la vida en familias latinoamericanas.

Finalmente queda mencionar que frente al desafío latinoamericano de adaptarse a la población envejecida se han identificado cinco estrategias clave para política social: la adaptación de los sistemas financieros a los cambios en la longevidad y dependencia, la promoción de la productividad (incluyendo la no económica), el mejoramiento de la salud pública, el aprendizaje a lo largo de la vida y la promoción de sustentabilidad familiar y comunitaria (Harper, 2013, p. 18).

La transición demográfica como un concepto. Para anudar el argumento demográfico, conviene redirigir la argumentación hacia elementos teóricos. Si bien el término “transición demográfica” es un descriptivo que puede emplearse para hablar de *cualquier* transformación demográfica, conviene discernir dos modelos consecutivos que en concreto han sido referidos como transición demográfica: se habla tanto de una “clásica” o *primera transición demográfica* (PTD) que contrasta con una *segunda transición demográfica* (STD) (Lesthaeghe, 2014; Raymo, 2015):

La primera de ellas, delimitada alrededor del mero decremento de la mortalidad infantil, comenzó a ocurrir en la Europa del siglo XVIII; mientras que la segunda se refiere a una relación activa entre ese comportamiento demográfico con los valores cambiantes de la sociedad contemporánea, expresados, por ejemplo, en las tendencias de posponer o simplemente no vincularse en matrimonio, así como la presencia de diferentes formas de concubinato, la fertilidad no marital y en general una desconexión de las ideas de matrimonio y procreación; el empleo de las mujeres, sean madres o no; el incremento en las tasas de divorcio, el matrimonio y la adopción igualitaria; la fertilidad por medio de estrategias de apoyo como la inseminación artificial y el alquiler de úteros, así como la consideración de tener hijos no como una obligación y, en términos amplios, los cambios en las motivaciones para tener hijos, transitando de un modelo “altruista” a uno de la “autoactualización” o “autorrealización” en el más puro sentido psicológico maslowiano.

Si bien el modelo de la STD tiene un fuerte contenido psicosocial y orienta sus explicaciones hacia modelos racionales, implica también un importante peso cultural y asume características entendidas como sociales, por ejemplo al concebir una población más educada y, por consecuencia, con mayores capitales. Como todo modelo, la STD no describe todas las sociedades e inclusive no describe con perfección aquellas en las que sí se registra.

A pesar de las limitaciones de un modelo que sirve más para describir procesos del hemisferio norte, se ha intentado traducir ese fenómeno a otros espacios geográficos, incluido México, donde sirve como un referente para comprender el comportamiento demográfico debido a su articulación con la dimensión individual, especialmente por el ingrediente que suma la globalización mediante el intenso intercambio de capitales culturales que ocurre en la actualidad a través de las tecnologías de información.

A manera de cierre de esta sección conviene simplemente reiterar que el envejecimiento demográfico como un fenómeno no es problemático en sí (lo que implicaría asumir una actitud natural incuestionada) —y que, inclusive el constante incremento de la esperanza de vida se ostenta al mismo tiempo como un gran logro de la civilización—.

En cambio, se construye como una amenaza a partir de una cadena asociativa que atribuye y representa la vejez como la enfermedad, la discapacidad y la dependencia. Y que, en esa representación marcada por las pérdidas, cuyos orígenes están en el cuerpo, se sostiene un miedo que en la superficie se presenta como económico pero que podría estar vehiculizando una amenaza de perder no ya el cuerpo por sí mismo sino perder lo que el cuerpo ha venido a implicar en la sociedad contemporánea, la sociedad *somática* (Turner, 1992): el cuerpo como eje principal sobre el que recaen las características de la individualidad y la agencia.

En tal escenario conviene ahondar en cómo la salud como un concepto —en el sentido amplio que implica al mismo tiempo la patología y la anormalidad— vendría a vincular esa preocupación con el discurso científico —caracterizado por el poder y prestigio que ostenta en la cultura contemporánea— produciendo estrategias individualistas fundamentadas en las premisas del modelo biomédico de la vejez —la medicalización de la vejez— para abordar la amenaza supuestamente apocalíptica que implica el envejecimiento de la población, pero

posiblemente configurando una manera característica y nueva de experimentar el proceso de envejecimiento.

La salud como eje principal del envejecimiento como un problema

Habiendo identificado un fenómeno social alrededor de *la edad* que se configura como un problema, conviene voltear hacia las respuestas que se han propuesto —la mayoría de las veces alrededor de *la salud*—, para poder abrir interrogantes tanto sobre las respuestas que se ofrecen como también sobre las preguntas que se formulan, sabiendo que en ellas operan maneras de ver el mundo que están embebidas de todo tipo de contenidos y que son parte del objeto de esta investigación.

Abordar el tema de la salud como la parte central de las estrategias frente al envejecimiento implica —provisionalmente, mientras todavía se explicitan los orígenes y contornos de este estudio en la forma de planteamiento— tres cosas: *primera*, mostrar evidencia de aquellas políticas públicas y programas estratégicos que efectivamente postulan la salud como tema nodal sobre el que descansan las soluciones frente al envejecimiento poblacional y al futuro económico de la sociedad (discerniendo su razonamiento subyacente); *segunda*, describir los modelos de la transición epidemiológica que ocurren en la actualidad (configurando otro eje de complejidad a propósito de las transformaciones sociales del siglo XXI) y, finalmente, *tercera*, proporcionar datos epidemiológicos sobre enfermedad y vejez para reconocer y contrastar la realidad reportada en México en la intersección del envejecimiento, la salud y su consecuencia más temible, la discapacidad.

Como punto de partida es pertinente recuperar la orientación que al respecto promulga la OMS (2015b) al decir abiertamente que la salud es la característica clave en la que habría que focalizar esfuerzos para asegurar la disponibilidad de recursos sociales y humanos, y las oportunidades favorables para las personas mayores de edad, *puesto que los años de vida*

marcados por el deterioro de las capacidades físicas y mentales conllevan importantes implicaciones individuales y sociales negativas. Sin embargo, habría que poner en cuestión esa postura dado que no conviene agotar el tema en aquella mera descripción... consumirla de manera acrítica.

Tres aspectos subyacentes se pueden reconocer o delectar en ese argumento: en primer lugar, que el envejecimiento es un proceso universal (pues impacta a todos los seres humanos vivos) en el que efectivamente está implicado el cuerpo como condición basal y que, en tal sentido, la salud se afecta negativamente, o que hay más riesgos de salud, relacionados con ese proceso de envejecimiento.

En segundo lugar, vuelve a emerger una argumentación intermedia en la discapacidad como la consecuencia más indeseable del deterioro corporal, haciendo de ella la condición para que el envejecimiento se vuelva una carga social y, en tercer lugar, hay una diferenciación entre discapacidades corporales y *mentales*.

Para poder contrastar esos argumentos habría que indagar en la prevalencia de la discapacidad, pero también profundizar en la relación diferencial que hay entre la presencia de la enfermedad crónica y la aguda como causas de morbimortalidad. Adicionalmente se toca una arista sobre lo que constituye no ya únicamente la enfermedad —distinguible del mero *padecimiento* en la medida en que el concepto de enfermedad representa la apropiación de los fenómenos corporales por parte del discurso biomédico a través de la... *medicalización*— sino en general sobre lo que constituye la desviación, como concepto más amplio, frente a la normalidad. Estas consideraciones se puntualizan en los capítulos teóricos.

Cabe decir que la salud era ya una orientación prioritaria del Plan Madrid (ONU, 2003; 2002a) siendo considerada un “*bien inapreciable de las personas*”, indispensable para “*el crecimiento económico y desarrollo de las sociedades*”, haciendo un fuerte énfasis en la prevención, rehabilitación y servicios de salud.

Para comprender el peso específico que representa la salud en el panorama más amplio a propósito del envejecimiento en el *contexto social contemporáneo* conviene hacer referencia en el concepto de *transición epidemiológica*, que interactúa cercanamente con las transiciones demográfica y socioeconómica en los procesos de modernización de la sociedad.

Si por un lado describíamos una transición demográfica, por otro lado tenemos una transición epidemiológica [TE] como modelo para explicar los grandes patrones de cambio que ocurren en las causas de morbilidad (Higgs & Jones, 2009; Omran, 2005; Reques Velasco, 2006). Ese modelo lleva implícito el reconocimiento de que la mortalidad es un factor fundamental subyacente de la dinámica poblacional y que en la historia ha habido grandes transiciones graduales en las causas de enfermedad y muerte, donde las grandes epidemias de enfermedades infecciosas, exógenas y transmisibles han sido desplazadas por las enfermedades endógenas, degenerativas y no transmisibles, las “*enfermedades producidas por los humanos*”, como las principales causas de mortalidad en el mundo.

En la propuesta original de 1971 de Abdel Omran —precursor de este modelo— la TE tenía tres grandes etapas: una primera de pestilencia y hambruna, una segunda de disminución de pandemias, y finalmente la tercera, donde la enfermedad crónica devino la principal preocupación de salud en el mundo (Lloyd, 2012; Omran, 2005). Esta tercera etapa continúa actualmente, habiendo comenzado a principios del siglo pasado, de la mano de las tecnologías médicas (principalmente el desarrollo de antibióticos y la inmunoterapia), y la mejora de las condiciones de salud (notablemente el acceso al agua potable).

Ese lugar de prevalencia en las causas de mortalidad, ahora ocupado por la enfermedad crónica, afecta de manera más cercana a la población adulta mayor en comparación con las muertes por enfermedades infecciosas cuyas tasas siempre fueron más representativas en la población joven. En el fondo de ese enunciado podemos reconocer una convergencia con la sección anterior de este planteamiento: si bien por un lado teníamos el

comportamiento demográfico que ha venido a ser descrito en vinculación con *valores* que conducen a la toma de decisiones que impactaba en factores como la tasa de fertilidad, por otro lado teníamos un decremento en las tasas de mortalidad y específicamente de mortalidad infantil de las que todavía no establecíamos posibles explicaciones, y es en esa circunstancia que encontramos cabida para hablar de transición epidemiológica.

El tema de la TE concierne a esta investigación en dos puntos principales: primero, porque en México las principales causas de morbimortalidad efectivamente son crónicas, habiendo una creciente agitación sobre el gran problema social que se configura, especialmente a propósito de las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y diabetes y, segundo, porque la enfermedad crónica (no nada más la *mortalidad por enfermedad crónica*) es una realidad más presente en personas mayores.

Mientras que en este país todavía hasta la mitad del siglo XX una proporción muy considerable de las muertes se debían a problemas infecciosos comunes (en particular gastrointestinales), problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición (Gómez-Dantés et al., 2011), en la actualidad esas causas de muerte solamente representan una fracción mínima de todas las muertes (en conjunto menos de 5%) mientras que, en comparación, los padecimientos no transmisibles representan la gran mayoría de las muertes, y ellas se ubican especialmente en personas mayores (INEGI, 2018b). Es muy destacable que, por ejemplo, la diabetes no era representativa entre las principales causas de muerte hace tan poco como 1990 y que hoy se encuentra consistentemente en cada reporte entre las dos principales causas de defunción para hombres y mujeres en el país.

Las causas de muerte por enfermedad más prevalentes en México para todas las edades en el presente son, ordenadas por su magnitud: enfermedades cardíacas, diabetes, tumores malignos, enfermedades del hígado, enfermedad cerebrovascular, enfermedades pulmonares, influenza, neumonía e insuficiencia renal; cabe señalar que la mayoría (57%) de

las muertes en este país corresponden a personas adultas mayores de 65 años en adelante (INEGI, 2018b), y que las principales causas de muerte en ese grupo etario son las mismas y también se presentan en el mismo orden descendente (Figura 7), lo que implica una tendencia de la disminución en la mortalidad en edades más tempranas y por causas distintas a aquellas en correlación con la edad, situación que podríamos concluir diciendo que *en México la muerte se asocia fuertemente con la enfermedad en la vejez*. Aunque ese enunciado suena obvio y la aclaración resulta contraintuitiva, hay que recordar que en otra época (y todavía en otras regiones del mundo) la mortalidad infantil consistía uno de los grandes problemas de salud pública.

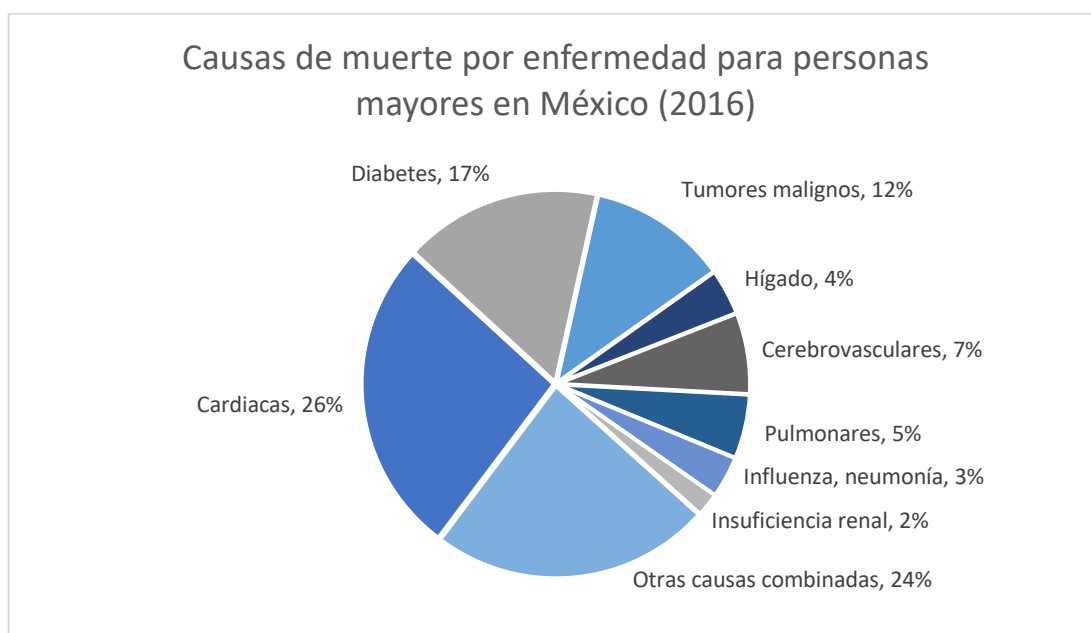


Figura 7. Causas de muerte por enfermedad para personas mayores, México (2016)
Fuente: elaboración propia con datos de INEGI (2018b)

Cabe resaltar, también, de la figura 7 que no hay ninguna enfermedad infecciosa entre las principales causas de muerte en la vejez, mostrándose una evidencia demográfica para, por lo menos en un primer momento, sostener la presencia de la tercera etapa de la transición epidemiológica en México.

Sin embargo la transición epidemiológica representa un modelo y como tal no ha permanecido ajeno a la crítica, en particular por presentarse como una transición en la forma de proceso lineal y progresivo (Gómez, 2001; Martínez & Leal, 2002; D. R. Phillips, 1994), y porque ha tenido trayectorias irregulares en países en desarrollo puesto que está íntimamente relacionada con las modificaciones de relaciones económicas y sociales (Robles Silva, Vázquez Palacios, Gómez Reyes, & Orozco Mares, 2006). Por ejemplo, en su momento, en Latinoamérica se demostró que las causas de defunción no habían transitado de causas infecciosas a degenerativas sino que, más bien, se había complejizado el horizonte de morbilidad, puesto que las causas crónicas comenzaron a incrementar al mismo tiempo que algunas contagiosas todavía figuraron en el perfil epidemiológico (Frenk, Lozano, & Bobadilla, 1994).

En México en particular se criticó la “*adhesión dogmática*” al modelo de la TE (Martínez & Leal, 2002) en parte por esa dificultad para dar cuenta de las realidades asimétricas experimentadas por diferentes grupos sociales, principalmente a causa de la pobreza, recuperando la crítica de la TE como una teoría no solo etapista, sino también universalista, en la que todo tipo de sociedades tendrían que desembocar. No obstante, al mismo tiempo que esas críticas reconocen cierta disminución de mortalidad por enfermedades transmisibles en países en desarrollo, incluido México, advierten que ello se ha logrado por una diversidad de vías, marcadas por los contextos sociales particulares.

En tal sentido, la transición de enfermedades exógenas a las endógenas tendría una multiplicidad de causas, incluyendo las condiciones sociales (y no únicamente las dos grandes causas postuladas originalmente: el desarrollo de tecnología médica y la provisión de condiciones higiénicas).

No obstante que las críticas son pertinentes y muestran una posibilidad de lectura sobre la TE, habría que dar cuenta de que la transición epidemiológica sí es reconocida como

un proceso que ocurre de manera desigual en diferentes regiones, y que en particular en los países en desarrollo se ha visto una necesidad de afrontar una “carga doble”: de aquellas enfermedades crónicas emergentes en conjunto con las enfermedades transmisibles que todavía requieren atención (ONU, 2003).

Quizá ello implica que la TE pasó de ser un modelo teórico a una mera descripción empírica de fenómenos de salud en la escala macro. No obstante, también habría que decir que es posible que la transición epidemiológica, al mismo tiempo que podría no ocurrir en etapas consecutivas, que la evidencia epidemiológica mexicana muestra en la actualidad una clara prevalencia de enfermedad crónica sobre enfermedad infecciosa, en comparación con las épocas en las que se emitieron aquellas críticas, por lo que se podría abogar por una *descompresión de etapas* en ciertos escenarios, especialmente en la medida en que la TE representa una *posibilidad de escenario deseable*.

No resta decir que la cercanía temporal de *aquellas épocas* donde todavía no se evidenciaba con claridad la TE en nuestro país, y la diferencia tan notable en las manifestaciones epidemiológicas, solamente contribuyen a la evidencia de la velocidad preocupante en los procesos de cambio que están ocurriendo en la población mexicana.

Si una cosa queda en evidencia a partir de la puesta entre paréntesis de esta discusión, es que la transición epidemiológica como concepto suma argumentos para mostrar las desigualdades en salud que ocurren en el mundo, *fundamentalmente a causa de determinantes sociales*, en la medida en que esta transición tiene como condición la satisfacción de necesidades básicas, haciendo de la TE una consecuencia del desarrollo económico o de la modernización.

Hablar de transición epidemiológica implica también una última escala que interesa para esta justificación de estudio: la enfermedad crónica, a diferencia de la enfermedad infecciosa, representa una realidad que incide diferencial y específicamente sobre la

subjetividad. Esto implica focalizar —en lo que concierne a tema de enfermedades— en los padecimientos crónicos *no solamente por su prevalencia sino por su posible impacto en la experiencia*. A decir que, mientras las enfermedades agudas e infecciosas se caracterizan por un quiebre intempestivo de la cotidianidad, las enfermedades crónicas *se vuelven parte de esa cotidianidad, pasando a formar parte de la vida normal*, habitando a los que las padecen, a través de los cambios en estilos de vida y en las relaciones interpersonales. De manera consecuente, todo ello implica que, al descender en la escala de análisis, de lo macrosocial a lo microsical, describamos (tanto en este estudio como en estudios previos) diferencias en la experiencia y vida cotidiana marcada por la enfermedad crónica y aguda.

También es importante mencionar que, en la medida en que la enfermedad crónica es la principal causa de mortalidad en el mundo y en nuestro país, y que ella se presenta principalmente en personas adultas mayores, que estudiar las implicaciones en la subjetividad de la enfermedad en personas mayores implica abordar una parte significativa de los grandes desafíos que presenta el panorama de salud y enfermedad en la sociedad —en su totalidad— en el siglo XXI. Es decir, que estudiar salud y enfermedad en adultos mayores supone vislumbrar el impacto de los cambios sociales y el envejecimiento en la medida en que aquellas transiciones, *demográfica y epidemiológica*, moldean la estructura social general y la manera en que se vive y experimenta el mundo y el cuerpo mismo —aquello que está afuera y también lo que está adentro, experimentarse *uno mismo*—.

En este escenario social, contemporáneo, que privilegia fuertemente la individualidad, sería correcto reconocer que existen diferencias de salud en personas mayores (como en toda la población) que se deben a factores que corresponden a ese nivel, el individual, incluyendo factores genéticos y comportamientos de salud que circunscriben *también las decisiones* tomadas durante la vida.

Sin embargo hemos establecido ya una serie de evidencias que conducen a converger en el reconocimiento de que muchas de las diferencias de salud se deben a factores que en realidad exceden a los individuos y que se relacionan con los ambientes sociales y físicos que afectan sus oportunidades, decisiones y comportamiento, es decir, los *determinantes sociales de la salud* [DSS], entre los que se encuentran el nivel de ingresos, los niveles educativos, la exclusión social y el acceso a servicios de salud (Castro, 2013) y cuya reproducción se puede comprender mediante el concepto de desventajas acumulativas (Douthit & Dannefer, 2007).

En particular sobre el envejecimiento se reconoce que, aunque muchos mecanismos relacionados con el deterioro biológico del cuerpo son aleatorios, estos cambios están fuertemente determinados por los ambientes y comportamientos, aunque también de una manera considerable por la estructura social, al estar el envejecimiento correlacionado con cambios en las posiciones sociales y otros factores como las pérdidas sociales (OMS, 2015). Una vez que se reconoce la salud en complejidad social, se pone en evidencia la pertinencia de abordar la salud desde una perspectiva social *no médica*.

La discapacidad como consecuencia más indeseable de la enfermedad. Habiendo mostrado que el problema social alrededor del envejecimiento se ha dibujado en los temas y términos de la salud, habría que precisar que se trata de una preocupación indirecta, en la que es la carga social y económica desprendida de la enfermedad crónica, y en particular de aquella que produce discapacidad, lo que se quiere contener y evitar en la extensión posible. Por lo que la discapacidad puede ser comprendida como la consecuencia más indeseable de la enfermedad en la vejez.

Es llamativo que esas premisas, presentes en los discursos voluntaristas que enfatizan la “funcionalidad” en un sentido amplio (funcionamiento biológico pero también social, y *no todavía como una alternativa al modelo de la discapacidad*), se encuentran a lo largo del

amplio repertorio de estrategias y políticas públicas para afrontar el envejecimiento como problema social, no únicamente aquellas de gran escala sino también en aquellos programas que establecen los lineamientos para el trato directo con individuos.

Por decir un ejemplo, en los manuales de “abordaje gerontológico” de la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades [CNPPCE] (2012), aunque en el fondo se sobreentiende que se trata de abordaje para personas con cierto tipo de discapacidad, ello no es explícito, en la superficie toman como único criterio la edad para sugerir una serie de estrategias que fortalecen las capacidades físicas, sociales y cognitivas, asumiendo, por un lado, que hay *dis*-capacidad en esas áreas, *asociadas directamente con la edad* y, por otro, que son cualidades en deterioro que a través de práctica, ejercicio y gimnasia se pueden frenar o inclusive revertir⁴, dicho de otra manera: que el problema de todos los viejos es la discapacidad y que para todos esa es la solución.

No obstante, habría que reconocer que, aunque existe esa expectativa social de declive físico y mental (*corporal y cognitivo*) en la vejez, en la realidad la proporción reportada de personas mayores con alguna discapacidad es poca en comparación con la población sin discapacidad. La figura 8 muestra la proporción de población mexicana adulta mayor con discapacidad: es muy notable que *apenas* 27% de la población de 65 años en adelante reportó alguna discapacidad. En comparación, la población en general reportó 6% de discapacidad, de lo que habría que reconocer que efectivamente la discapacidad está más presente en la

⁴ Si bien esto en la superficie —y probablemente también en el fondo— constituye una intervención *bienintencionada y positiva*, habría que luego cuestionar, junto con la gerontología crítica, tanto aquellas visiones del envejecimiento que lo postulan como indisociable de un deterioro de capacidades físicas y cognitivas, como aquellas que lo que promueven en el fondo es un *envejecimiento sin vejez*, en una crítica amplia a propósito de conceptos *positivos*, como *calidad de vida*, *envejecimiento positivo* y *envejecimiento exitoso* (ver capítulo 6).

vejez. Pero resulta bien interesante advertir que, por lo menos en el reporte general del Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010) y las publicaciones de divulgación que de allí se derivan, los datos a propósito de discapacidad se reportan únicamente en números netos y no en proporción. Expresan el número de personas que reportan discapacidad sin compararlo con la población sin discapacidad ni se muestra la proporción de una u otra, y quien quiere obtener esa proporción (27%) tiene que recurrir a una calculadora.

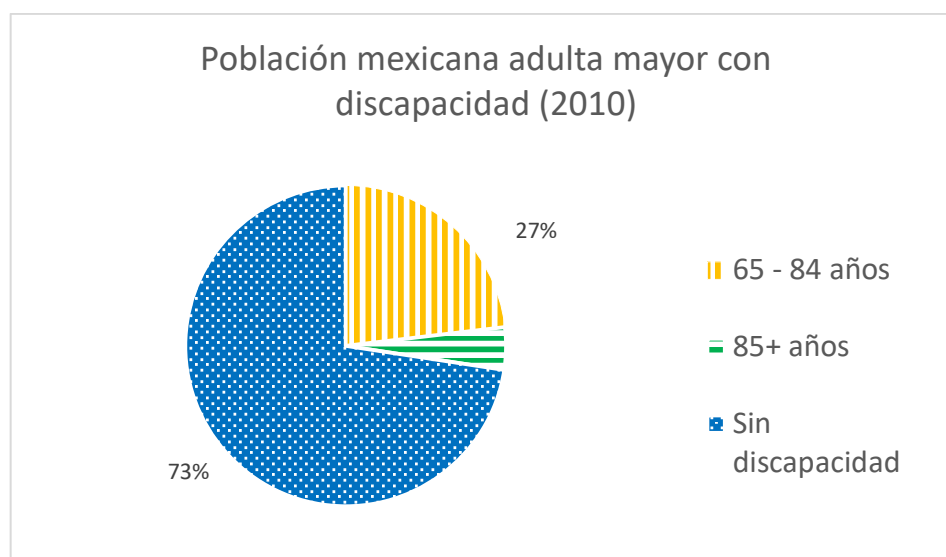


Figura 8. Población mexicana adulta mayor con discapacidad
Fuente: elaboración propia con datos de (INEGI, 2010).

Resulta de ello apropiado inferir que en el fondo podría operar un sesgo, posiblemente no premeditado y probablemente bienintencionado (un poco a la manera ya revisada a propósito de la miseria y desigualdad social). De no mostrar esa prevalencia (presumiblemente pequeña, o por lo menos no mayoritaria) de prácticamente un cuarto de la población mayor con discapacidad porque con esa evidencia podría optarse por no priorizar la agenda social y económica alrededor de la discapacidad.

También habría que revisar los indicadores para discernir qué es lo que se está midiendo como discapacidad y notar que en lo inadecuado de la medición podría estarse

filtrando una gran sub- o sobre-representación: las preguntas del cuestionario del censo se limitan a preguntar si la persona en cuestión “*tiene dificultad para caminar, moverse, subir o bajar*” o si “*tiene dificultad para ver aun usando lentes*” (INEGI, 2010), entre otros reactivos similares que evidentemente son imprecisos para medir la discapacidad de una manera sofisticada.

La figura 9 muestra los tipos de discapacidad reportados para personas mayores en México, donde la discapacidad motriz es la más representativa (58%), seguida de la discapacidad visual (27%), auditiva (12%), mental (9%), del habla (8%), cuidado personal (6%) y en los procesos de aprendizaje y atención (4%). Cabe decir que los tipos no son excluyentes y por tanto la suma es mayor a 100%.

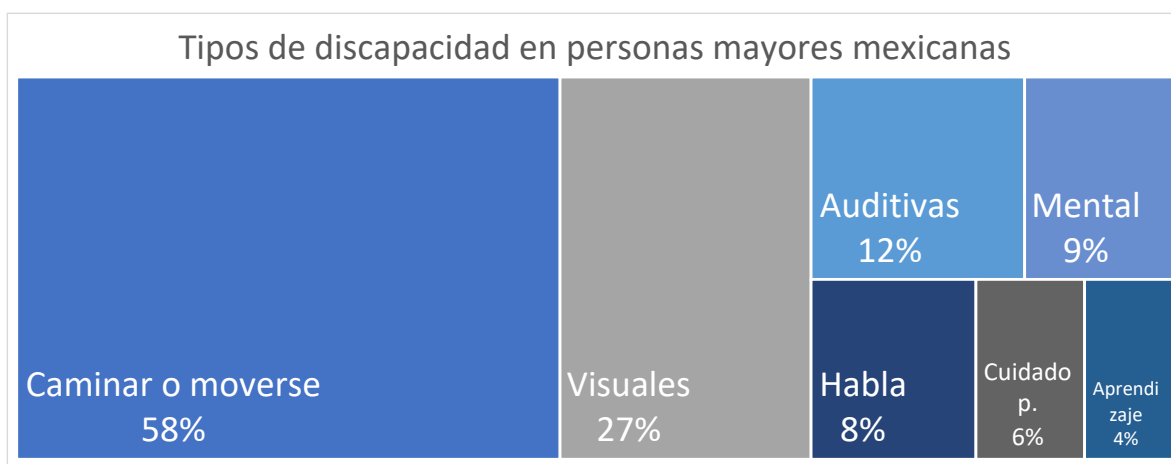


Figura 9. Tipos de discapacidad en personas mayores mexicanas
Fuente: elaboración propia con datos de (INEGI, 2010).

Por su parte, la discapacidad mental (medida a la par del resto de discapacidades y con un 9% de prevalencia) se estima mediante un único reactivo que pregunta si la persona “*tiene alguna limitación mental*”. Ello deja la estimación de la discapacidad mental abierta a la interpretación de quien responde, y deja también una apertura prácticamente sin rigor frente a la necesidad de estimar la prevalencia de toda serie de padecimientos que se pueden englobar bajo ese término de *limitación mental* (tanto por el entendimiento coloquial pero

también en las discusiones académicas sobre lo que constituye o no la enfermedad mental) pero que pueden no tener nada en común: desde dificultades leves en la cognición hasta trastornos psicóticos o deficiencias mentales graves, *psiquiátricas*, o entidades clínicas tan variadas que se describen como preocupaciones de la vejez, como son el trastorno neurocognitivo mayor [TNCM] y el deterioro cognitivo leve [DCL]. Y no obstante esa dificultad en la medición, la información cae sobre una pendiente resbaladiza volviéndose parte de la doxa la asociación entre vejez y “limitaciones mentales”.

Por otro lado, la figura 10 muestra las causas de discapacidad en esa población mayor, de entre lo que se puede destacar que la mayoría se debe a enfermedad y a edad avanzada, aunque la discapacidad por nacimiento, accidente y “otras causas” suman una proporción no desestimable de 39%.

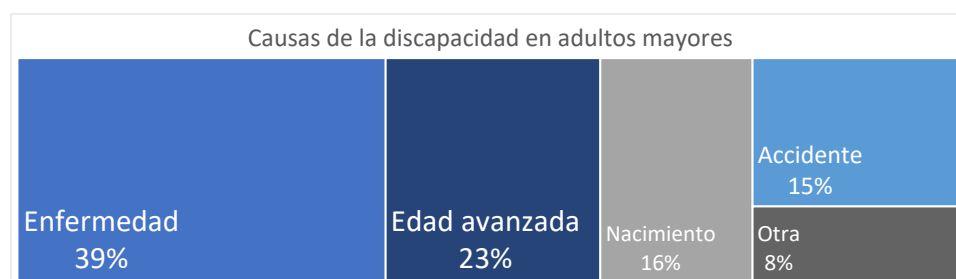


Figura 10. Causas de discapacidad en adultos mayores
Fuente: elaboración propia con datos de (INEGI, 2010).

Si obviamos los señalamientos metodológicos que hemos señalado —que no son menores— y tomamos como base los datos estadísticos presentados y los encadenamos en una secuencia lógica (otra vez recurriendo a nuestra calculadora), donde 27% de las personas mayores en nuestro país poseen algún tipo de discapacidad, que de esa población, el 62% de la discapacidad se debe a enfermedad o edad avanzada, podríamos deducir que apenas un 17% de las personas adultas mayores en nuestro país padecen alguna discapacidad vinculada a la edad o a la enfermedad y que a esa proporción todavía sería posible restar aquella discapacidad en la vejez producida por enfermedad ocurrida a edades más jóvenes (ya se

encuentra descartada la discapacidad ocurrida a edades más jóvenes y que todavía no llegan a la vejez).

También cabe introducir el reconocimiento de que, por lo menos en muestras internacionales, por decir un ejemplo, se ha estimado que 50% de la discapacidad mental en la vejez comienza antes de los 14 años, 75% antes de los 24 años y 90% antes de los 42 años (Segal, Qualls, & Smyer, 2018), lo que tiene una relevancia importantísima en la cuestión de identificar la vejez como la etapa de la vida problemática a propósito de ese tipo de discapacidad. En un sentido paralelo también sería posible introducir variables de clase social y de urbanidad, y encontrar que la discapacidad está más ubicada en contextos de adversidad social, complejizando la relación entre vejez y discapacidad.

Si bien la intención no es desestimar en ningún sentido que la discapacidad en personas mayores (por ser la población donde más se presenta la discapacidad y porque es la que concierne a este estudio) sea una agenda que requiere atención y soluciones, y que de hecho un número como 17% es una proporción bien considerable, también habría que reconocer y concluir que ese no es el destino en la vejez, y que, sin embargo, así se presenta, comenzando por el indicador mismo de *población dependiente* cuyo único criterio es la edad de 65 años o mayor, como se evidenció en la figura 6.

Habría que decir también que enfrente de toda esa información demográfica pero quizá más probablemente a partir de las suposiciones a propósito de la vejez, la enfermedad, la discapacidad y la dependencia, se formula toda serie de estrategias para poder sostener la sociedad una vez que explote la *bomba gris*. Probablemente el ejemplo más paradigmático en nuestro país sea la Pensión por Régimen 97 [“Ley 97”] (Ley de los sistemas de ahorro para el retiro, 1996), en la que se instauró la figura de las Administradoras de Fondos para el Retiro [AFORES], instituciones privadas que a partir de entonces administran los recursos del ahorro individual para el eventual retiro en la vejez, dejándolo a la suerte individual.

En la medida en que se entremezclan las nociones de vejez como una carga social construidas a partir de una visión macrosocial, y se toman decisiones en la gran escala con base en esas construcciones, queda en evidencia la necesidad de contribuir con una perspectiva microsocia al entendimiento de ese fenómeno demográfico.

Es pertinente abordar el envejecimiento desde la experiencia subjetiva

No obstante que las estrategias que se han desarrollado hasta ahora para hacer frente al envejecimiento —concebido como un problema social— se planean y practican con grados variables de éxito y valor pragmático, al partir de concepciones macrosociales presentan ineludibles reduccionismos que contribuyen a una visión homogeneizada de la vejez. Siendo que se trata de una población que de otra manera es heterogénea y cambiante, es pertinente abordar el estudio del envejecimiento enfatizando la experiencia y la construcción de la edad, desde una óptica microsocia, para sumar a aquel entendimiento la perspectiva de los sujetos mismos en contextos culturalmente específicos.

En este estudio se ha optado en particular por proponer una óptica en las fronteras de lo microsocia y lo psicosocia. El término “psicosocia” tiene una serie de dificultades por ser con frecuencia utilizado para estudiar superficialmente la vinculación entre la individualidad y los aspectos que exceden a la individualidad, la mayoría de las veces como mera colectividad, o para estudiar los efectos *en* la subjetividad de aquello que está afuera del individuo. Este estudio incluye una revisión de esa transición entre ubicaciones teóricas y epistemológicas ubicadas en la *escala micro* para poder hacer una lectura sobre el fenómeno de la vejez en la intersección de la subjetividad/cuerpo/sociedad.

Si bien la mayoría de esa discusión sobre lo que constituye o no un campo psicosocia (por no decir *la psicología socia*) ocupa un capítulo completo del marco teórico (Capítulo 2), satisface decir, por ahora, que esa discusión está fundamentada en lo que la

psicología misma es y en la discusión epistemológica que a su alrededor le ha dejado su historia. Dicho de otra manera, este documento en parte *se ocupa de la concepción antropológica del sujeto que de esa ciencia psicológica se desprende para poder ubicar una intersección con la sociología que pueda rendir frutos.*

Cabe decir, ubicando esta argumentación en el contexto de un planteamiento y justificación de una investigación que hay una necesidad actual, en el centro del campo polarizado entre lo psicológico (orientado por conceptos como el de *envejecimiento exitoso*) y lo epidemiológico (enfaticando las consecuencias económicas), de hacer estudios sobre salud y enfermedad con población adulta mayor *sin que la edad sea una categoría residual*, sin que sea *un grupo etario* entre otros (Higgs & Jones, 2009; Katz, 2014). De acuerdo con los autores, la vida adulta mayor en los estudios sociológicos ha tendido a marginarse como una variable más, un periodo de vida, o como una categoría *secundaria* al estudio de la enfermedad crónica sin profundizar el interés hacia la experiencia; ese tipo de consideración contribuye con una categorización homogénea de la edad adulta mayor que lleva a un entendimiento estático de lo que representa la edad y la vejez.

Pero habría que decir también, y, de nuevo, por lo menos provisionalmente porque es un tema más considerable en el apartado teórico, que en esta investigación se suscribe esa crítica hacia la postura que es identificada por los autores como “psicológica” pero que nosotros enmarcamos mejor en la exclusiva individualidad, postura emplazada sobre la búsqueda y promoción de envejecimientos *exitosos, positivos* o *activos*. Y, por otro lado, habría que decir que al asumir que la “perspectiva psicológica” es únicamente aquella enfocada en esos aspectos, junto con toda una serie de planteamientos *cognitivos* es igual de inadecuado sin remitir a la historia de esa perspectiva psicológica y que las asunciones paralelas reduccionistas se pueden hacer sobre los estudios sociológicos, como (únicamente)

estructuralistas o subjetivistas (lo que configura una discusión en el capítulo 4 a propósito de la fenomenología).

Inclusive podríamos hablar de reduccionismos de otra naturaleza y, por ejemplo, con Powell (2014), argumentar que muchos estudios sociológicos e inclusive aquellos enmarcados en la gerontología social han sido criticados por *simplemente* adoptar el discurso biomédico del cuerpo al considerar la vejez solamente en relación con la funcionalidad corporal disminuida, sumando a la conceptualización medicalizada de la vejez por su asociación con capacidades deterioradas tanto en el plano cognitivo como en el corporal.

Pero al interior de esa discusión teórica, la propuesta de Higgs y Jones consiste en un llamado a ver el envejecimiento con una luz distinta: una examinación de cómo se impacta la vida de las mismas personas envejecidas. En esta línea se encuentra pertinente devolver la palabra a los integrantes de un grupo social que se ha definido principalmente por lo (único) que (homogéneamente) le falta (*la juventud*) (Gilleard & Higgs, 2005), y evaluar las posibles pérdidas sociales y roles en el contexto que valora la producción, sufriendo la vejez de una identificación con la pasividad y la dependencia.

En esas línea se enmarcó el objetivo de esta investigación de explorar la experiencia de personas adultas mayores, en particular aquella elaborada a propósito de su cuerpo, en la medida en que se concibe la experiencia del cuerpo como fundamental para el entendimiento del envejecimiento (Twigg, 2004). Esto ha tenido dos motivos: el primero responde a que en las sociedades contemporáneas la estructura social se ha transformado de tal manera que el énfasis sobre el cuerpo se ha convertido en una fuente primaria de identidad, al mismo tiempo que hay un reconocido efecto del ambiente social en los cuerpos y de los cuerpos en lo social (Higgs & Jones, 2009), mientras que el segundo refiere a que el envejecimiento es una condición que conlleva un deterioro biológico, la propensión de experimentar enfermedad crónica y discapacidad (Hockey & James, 1993).

En este sentido se ha distinguido entre los aspectos externos e internos del envejecimiento, siendo los primeros aquellos que son visibles, mensurables, mientras que aquellos aspectos internos, como actitudes y creencias, permiten observar dimensiones también importantes del envejecimiento, así como identificar necesidades que al abordarse ofrecen una posibilidad de empoderamiento (Kenyon & Randall, 2007; J. Phillips, Ajrouch, & Hillcoat-Nallétamby, 2010, pp. 39–42).

De todo lo anterior se extrae la pertinencia de realizar un estudio como este en el que se indaga en la experiencia del cuerpo en la vejez, buscando en ella la expresión de los valores de una sociedad en la que se configuran las distintas maneras de transitar el mundo.

Sin embargo, todavía hace falta resaltar la característica distintiva de esta investigación. Para ello conviene decir que en México ya se ha señalado la importancia de estudiar el fenómeno del envejecimiento desde enfoques distintos al demográfico y macrosocial. Robles Silva y colaboradores (2006) identificaron que la investigación sobre envejecimiento en México se podrían ubicar en alguno de los siguientes cuadrantes: 1) estudios sobre comportamiento demográfico (*mediciones de la magnitud de esa población, proyecciones de cuántos pueden llegar a ser, qué rasgos tienen, a qué velocidad se estima que se alcanzará una sociedad envejecida*), 2) estudios de perspectiva económica alrededor del tema de las pensiones (*sobre si los mecanismos de ahorro son justos, el derecho social; sector de economía informal o actividades en el campo y sin pensión*); 3) estudios sobre las condiciones de salud (*perfiles de morbilidad y discapacidad, estimación de años de vida saludables, acceso a sistemas de salud*); y 4) estudios sobre relaciones sociales de los ancianos (*relaciones familiares, intergeneracionales, vecinales; acceso a bienes y servicios para supervivencia*).

Esa predominancia de temas deja un vacío relacionado con la pluralidad y diversidad que tiene el envejecimiento en México. Los autores (Robles Silva et al., 2006) hacen, a partir

de ese reconocimiento, un valioso estudio sobre envejecimiento con los temas de estatus y rol de los ancianos, la religiosidad, las representaciones sobre la vejez y el cuidado a los ancianos. Su estudio es microsocio y *fenomenológico*, lo que se asemeja mucho en los supuestos de este estudio, aunque la diferencia sustantiva es que el suyo es antropológico.

Más adelante se evidencia una revisión de antecedentes de investigación en la que se puede encontrar una serie de convergencias y divergencias. Por ahora es suficiente resumir el contraste diciendo que en este estudio la característica distintiva es sumar en la dirección propuesta (Higgs & Jones, 2009; Robles Silva et al., 2006) pero con dos particularidades: montado sobre la discusión teórica a propósito de la individualidad y la experiencia, y, dos, enfatizando el tema del cuerpo, la corporalidad atravesada por la identidad (elemento intangible) y por las vicisitudes de la salud (elemento tangible).

Una tercera e importante particularidad de este estudio cobra evidencia al señalar una dimensión que atraviesa la mayoría de la investigación sobre vejez (si no ya la investigación social en general) en México, independientemente de su enfoque (fenomenológico, macrosocial, antropológico, demográfico...) y es que suelen ser investigaciones enfocadas en la pobreza. A manera de ejemplo, en la región se encuentra el estudio realizado por Enríquez Rosas (2011), quien analizó las emociones sociales asociadas al envejecimiento en 201 adultos mayores, enfatizando precisamente la *experiencia* en la vejez aunque alrededor de la pobreza y exclusión social, habiendo encontrado principalmente emociones de tristeza, incertidumbre y miedos.

De estudios como ese se puede concluir que las adversidades sociales de países latinoamericanos como México se han marcado fuertemente por la desigualdad social o, dicho de otra manera, son ejemplos de cómo la adversidad y la desigualdad —factores estructurales— explican, parcialmente, también la desigualdad en salud a lo largo de grupos sociales y en la subjetividad y experiencia de allí derivada.

No está de más seguir aclarando que si la investigación en México está enfocada en la pobreza es por buenos motivos: una gran proporción de las personas adultas mayores en este país viven en la pobreza: el INEGI (2017) estima que 5.7 de 12.4 millones de personas de 60 años en adelante (o 44%) se encuentran en situación de pobreza, de los cuales 1.1 millones corresponden a pobreza extrema. Por otro lado, como se ha mencionado antes, solamente al enfatizar la población en condiciones de marginación en los estudios sociales se puede pujar por el cambio social, *independientemente de la proporción* que corresponda a la pobreza, a la discapacidad o a la enfermedad.

Pero no deja de seguir haciendo ruido, por un lado, aquellas visiones polarizadas y paradójicas a propósito de la vejez y, por otro lado, que en la medida en que hay discurso social sobre la vejez, se homogeneiza a una población alrededor de la única variable de edad, contribuyendo a los prejuicios y a la discriminación.

De ello deriva que esta investigación estudió la experiencia de personas adultas mayores en condición de retiro (que en este país representa un grado relativo y mínimo de seguridad económica), no para ignorar la experiencia de aquellos en marginación social, sino para explorar las condiciones sociales y estructuras subjetivas en su contraparte, los adultos más “exitosamente”, “positivamente” (o, para ir adoptando la terminología gerontológica crítica “*satisfactoriamente*”) envejecidos para contribuir a un entendimiento más comprensivo del envejecimiento en un país con tantas polarizaciones sociales como México.

Preguntas de investigación

Pregunta general

1. ¿Cómo es la experiencia de envejecer en México en condiciones de retiro?

Preguntas específicas

2. ¿Cómo es el papel del cuerpo en esa experiencia de la vejez y en la identificación como una persona vieja?
3. ¿Cómo son las variaciones que hay en la experiencia de hombres y mujeres?
4. ¿Cómo se compara esa experiencia con la de personas mayores que no están en condiciones de retiro?
5. ¿Cómo son los factores contextuales que estructuran la comprensión de los fenómenos corporales en la vejez?

Objetivos de investigación

1. Explorar, describir y caracterizar la experiencia vivida en la vejez en las condiciones de retiro disponibles en México.
2. Conocer el papel del cuerpo en la construcción de la experiencia y la identidad en la vejez, y en particular en las condiciones de salud y enfermedad.
3. Dar cuenta de las diferencias en cuanto al sexo presentes en los patrones de significación de la experiencia de la vejez en el retiro.
4. Caracterizar las diferencias en cuanto a la clase social presentes en los patrones de significación de la experiencia de la vejez en el retiro.
5. Caracterizar las condiciones contextuales que estructuran la significación de los fenómenos corporales en la vejez.

Supuestos de investigación

1. Que las posiciones sociales asociadas a la seguridad económica inciden de manera positiva en la experiencia de la vejez, matizando los aspectos negativos de la corporalidad vinculadas con el envejecimiento.
2. Que el contraste es significativo en las experiencias de la vejez y cuerpo en función de la clase social y sexo, siendo la edad cronológica y biológica un factor secundario frente a un contexto discursivo a propósito del retiro, juventud, capacidad de trabajar, la belleza.
3. Que los fenómenos corporales se experimentan remitiendo a la función social, vinculada con discursos deterministas y de la responsabilidad.

Justificación del estudio

A lo largo de esta primera parte se ha argumentado la configuración de un problema de investigación a través de la evidencia demográfica, la configuración histórica-social de la vejez como un problema en cuyo epicentro se han identificado aspectos la salud, y la necesidad de realizar estudios sociales en ese contexto. La intención de este estudio fue aparear ese escenario con la necesidad inherente recuperada por el espíritu de los estudios cualitativos de recoger y mostrar los detalles de la socialización a nivel micro.

Si bien es correcto hablar de sociedades enfermas, sociedades sanas y sociedades envejecidas, las observaciones en el nivel individual responden a una necesidad de comprender en el actor los fenómenos *vinculados-con, determinados-por, y determinando-a* procesos más amplios que le exceden.

Como ha quedado en evidencia, México no es la excepción cuando se trata de estudios del envejecimiento desde esta perspectiva, tanto en términos académicos como por motivos vinculados a la política social. Mientras que las transiciones demográfica y epidemiológica

han sido documentadas en todo el mundo, las estrategias para abordar los problemas alrededor de la vejez, independientemente de su éxito, no se pueden traducir simplemente a lo largo de países y contextos sin voltear a ver en la escala micro esos detalles.

Si bien es ampliamente reconocido el hecho de que no se pueden atribuir todas las diferencias en salud únicamente a aspectos biológicos (tanto en el nivel poblacional como en el individual), y de hecho se reconoce la existencia de factores o determinantes sociales de la salud (tales como el nivel de ingresos, niveles educativos, exclusión social y acceso a servicios de salud) este estudio recoge los dos movimientos que en esa línea han sido propuestos por Castro (2013): primero, ahondar en la manera específica que estos determinantes sociales producen sus consecuencias en salud y tienen efectos operativos; y, segundo, problematizar las propias categorías que operan en la consideración y estudio del binomio salud/enfermedad.

Ello se muestra especialmente importante cuando se trata de desarrollar estrategias para comprender y abordar el envejecimiento poblacional, puesto que la característica paradigmática de la vejez concierne, por un lado, mayores riesgos corporales en salud y enfermedad pero, por otro, parece estar el envejecimiento opacado por las expectativas sociales de declive que se expresan en miedos sociales y subjetivos.

La investigación también responde a la falta de estrategias de promoción de mejores maneras de vivir, en el sentido más amplio posible, a la par de la promoción de la salud en personas adultas mayores como única posibilidad de abordar los asuntos públicos de envejecimiento, y en particular desde la educación social y psicosocial.

De tal manera que sería posible a partir de esta investigación proponer el desarrollo de espacios no hospitalarios que promuevan fortalezas específicas relacionadas con los discursos sociales que aquí se han identificado en vinculación con la experiencia social del envejecimiento y el cuerpo.

A partir de la muestra estudiada en concreto, de personas en condición de retiro, se busca abordar una población poco estudiada frente a la tendencia de reportar y estudiar poblaciones en desventaja social. Para sumar al entendimiento de las experiencias que ocurren en nuestro contexto social.

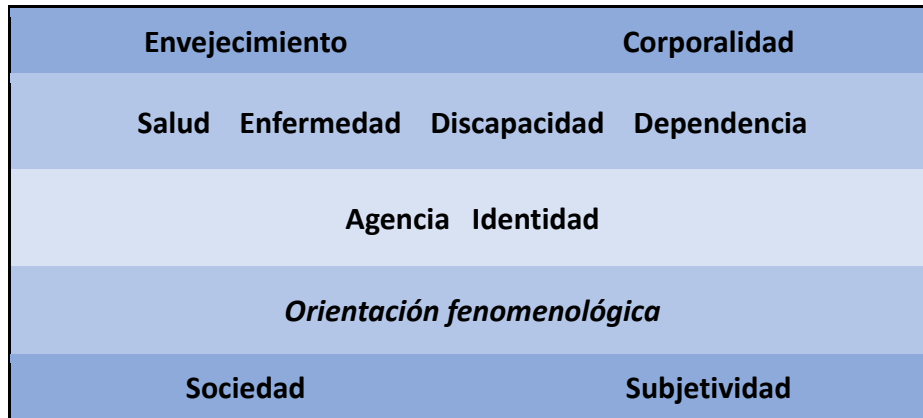


Figura 11. Estructura lógica de conceptos de la investigación

Fuente: elaboración propia

Capítulo 2. Diseño y métodos de investigación

Diseño de investigación

El presente se trata de un estudio social cobijado bajo el concepto amplio de la *investigación cualitativa e interpretativa*. Ello implica no nada más una elección de técnicas para recabar datos sino una concordancia lógica con el marco teórico y la comprensión fenomenológica del mundo que se desarrolla en los siguientes capítulos: la de la asunción de un mundo que es observado, interpretado y *vivido* en contraste con la de un mundo objetivo, estable y permanente.⁵

Cabe decir que hay visiones distintas sobre cómo la fenomenología se encarnó en métodos de investigación: mientras que un extremo tenemos interpretaciones como la de Taylor, Bodgan y Devault (2016), en la que el término “fenomenología” se utiliza como un equivalente de “investigación cualitativa”, en el otro extremo, Van Manen (2017a, 2017b) advierte que no todos los estudios cualitativos ni todos los estudios sobre la experiencia *son fenomenológicos* (y en todo caso tampoco los etnográficos, narrativos o de caso), incluso cuando utilizan descriptivos como “interpretativo”, “descriptivo”, “hermenéutico” y términos como “intencionalidad” y “experiencia vivida”. Es decir: *que una cosa es hacer*

⁵ Este es más un posicionamiento que una descripción. Es decir: el posicionamiento de que la investigación orientada fenomenológicamente corresponda con lo cualitativo, frente a la emergencia de corrientes como la “fenomenología cuantitativa” (Hartelius, 2007), y los emparejamientos con las ciencias cognitivas, como la “neurofenomenología” (Lutz & Thompson, 2003) y famosamente la “heterofenomenología” de Daniel Dennet (2007).

Aunque es un trabajo completamente diferente cuestionar los fundamentos epistemológicos de esos giros que ha tomado la fenomenología, podemos comprenderlos, por lo menos parcialmente, como una expresión de la demanda de cuantificación y estandarización de fenómenos sociales (Espeland & Stevens, 2008; Merry, 2016; Timmermans & Epstein, 2010).

estudios fenomenológicos y otra hacer estudios donde la metodología tiene como meta-nivel la fenomenología (Van Manen, 2017a).

Esa advertencia puede presentarse como un predicamento. Especialmente porque la metodología de este estudio tomó la forma de un análisis temático inspirado en la metodología denominada “*análisis fenomenológico interpretativo*” (o IPA por las siglas de *Interpretative Phenomenological Analysis*) desarrollado por Jonathan Smith (Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2008; Smith & Shinebourne, 2012) que ha sido utilizada de manera consistente en estudios de experiencia, cuerpo y salud, y en este caso también a propósito de la vejez (por ejemplo, Larkin, Eatough, & Osborn, 2011; Reid, Flowers, & Larkin, 2005; Sadkowska et al., 2015; Thomas & Wardle, 2014).

El IPA se trata de un abordaje cualitativo, *temático*, donde posiblemente el acierto más destacable es haber propuesto una técnica concreta, con pasos para hacer investigación (por ejemplo ver Pietkiewicz & Smith, 2014), fundamentada en la fenomenología de Husserl para hacer investigación científica contemporánea. Y ha sido un acierto porque al otorgar una estructura, se ha difundido de buena manera a pesar de las críticas, incluyendo las de Van Mannen (2017b, 2017a), quien indica que para que un estudio sea fenomenológico tendría que buscar el significado de la experiencia primordial, produciendo revelaciones profundas inspiradas en los grandes ejemplos de Husserl, Heidegger, Jean-Luc Marion.

Cabe anticipar que en el marco teórico se desmenuzan las grandes implicaciones que tuvo el paso de la fenomenología en Husserl a la fenomenología social en Schutz, incluyendo un relativo rechazo por las categorías trascendentes. Por lo que utilizar las formulaciones tanto de Schutz como de Merleau-Ponty implica una distancia de la *fenomenología en su sentido original* que expone Van Mannen y, en todo caso, frente a esa situación se reitera que el término amplio sobre el que se ha diseñado este estudio es el de la *investigación cualitativa*

donde la fenomenología es el horizonte filosófico y la interpretación (fundada en la *Verstehen*, como se explica en el capítulo siguiente) el principal procedimiento.

A esa enunciación se añaden dos justificaciones para situar un estudio en ese escenario: en primer lugar, al referir las célebres formulaciones de C. Wright Mills (2000, p. 195) sobre la ciencia social como un oficio artesanal, una *artesanía intelectual que involucra de manera central al investigador*, donde la encomienda es “ser buenos artesanos” y los “propios metodólogos”, no haciendo fetiche de las técnicas.

Importa decir que la creación de las propias estrategias significa una flexibilidad en los procedimientos y no una invitación al anarquismo metodológico, por lo que las reglas se sustituyen por *guías* (Schettini & Cortazzo, 2015). (En este punto también encontramos una justificación para no suscribir el modelo IPA en su totalidad sino en la *forma* de estructurar los resultados en un análisis temático para facilitar la traducción a través de escenarios de investigación, pues se ha convertido en un modelo común).

En segundo lugar, volviendo a la ecuación de la fenomenología como investigación cualitativa (Taylor et al., 2016) encontramos entre las características enunciadas, que se trata de un *interés por los significados que las personas adhieren a sus vidas* desde sus propios marcos referenciales, poniendo entre paréntesis las propias perspectivas sobre el mundo. Ello implica que, en segundo lugar, *se observen las situaciones y a las personas en su contexto y totalidad*, por lo que el interés está centrado en las vidas ordinarias y no precisamente en variables.

De manera cercana, en la investigación cualitativa entendida de esta manera, *todas las perspectivas merecen ser estudiadas y en todas las situaciones y grupos se puede aprender algo*. Esto significa que se rechace la “jerarquía de la credibilidad” (asunción de que las personas con más poder tienen perspectivas *más válidas* que aquellas con menos poder) y que en todas las situaciones pueden encontrarse procesos sociales dignos de

estudiarse. Finalmente, se recupera el espíritu *inductivo*, lo que significa que no se ha buscado evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas, sino que se desarrollan entendimientos de patrones a partir de la información obtenida.

Cabe decir, de cara a los “frentes” que la investigación cualitativa tiene que atender (representatividad, fiabilidad y validez) (en Schettini & Cortazzo, 2015, pp. 7–17), que la representatividad (*que un caso estudiado pueda dar cuenta de una muestra más amplia*) se sustituye precisamente bajo la lógica de la singularidad o *significación* (“*meaningfulness*” en Taylor et al., 2016). Mientras que las últimas dos, *fiabilidad* y *validez*, son importaciones de otro universo epistemológico, donde se busca la objetividad de las técnicas (fiabilidad) y la verificación de los datos (validez), lo que pone en perspectiva la credibilidad de la experiencia subjetiva, borrando el papel que tiene un ejercicio de investigación como interacción social en sí misma.

En este sentido, si bien los procedimientos de la investigación no son estandarizados, sí demandan la precisión en la escucha y en la observación de las vidas sociales de primera mano (Taylor et al., 2016), construyendo la confiabilidad mediante el rigor del tratamiento y la triangulación de diferentes fuentes de información (en este caso se tienen diferentes informantes para dar cuenta de una misma posición experiencial, agrupándolas en bloques de significación), de nuevo bajo la máxima de Wright Mills sobre *ser un buen artesano*.

Escenarios del trabajo de campo

La investigación se realizó en dos centros comunitarios que exclusivamente ofrecen servicios dirigidos a personas adultas mayores (llamados “centros gerontológicos”), que son administrados por el gobierno municipal de León, Guanajuato como parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Uno de ellos se encontraba ubicado en una zona urbana y el otro en una zona suburbana.

El concepto amplio del centro gerontológico se eligió como escenario, a diferencia de otros lugares donde *hay viejos*, entre asilos (población institucionalizada) y, por decir un ejemplo, *parques* (población espontánea), bajo la asunción de que las actividades dirigidas a la población en centros comunitarios tienen el foco de la recreación y socialización (lo que se asumió como una característica para personas que *tienen tiempo libre* como un posible indicador del retiro o, en el caso mínimo, de la presencia de *algunas* condiciones de seguridad económica. Ello se confirmó de manera parcial, como se muestra enseguida).

Para solicitar acceso, el primer acercamiento con las autoridades institucionales se realizó el día 15 de febrero de 2017 con un oficio dirigido al Coordinador de Planeación y Seguimiento (DIF León), firmado por el Coordinador del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales (Universidad de Guanajuato), obteniendo de manera inmediata un visto aprobatorio, aunque el acceso al campo comenzó hasta el día 7 de marzo por la necesidad de obtener algunas firmas como parte del proceso interno. El trabajo de campo tuvo lugar entre marzo y junio en el centro gerontológico urbano y entre junio y julio en el suburbano.

El primero de los centros se encuentra ubicado en una zona urbana, totalmente pavimentada, entre bulevares bien transitados, con semáforos funcionales y acceso a transporte público, mientras que el segundo se encuentra en una zona suburbana en las afueras de la ciudad, donde no hay pavimento, ni transporte público, e inclusive en dos ocasiones se tuvo que posponer el trabajo de campo debido a que las lluvias habían desdibujado el camino haciendo imposible llegar en un automóvil común.

A pesar de las diferencias tan grandes en las ubicaciones de los dos centros gerontológicos, las características físicas, la población y las experiencias fueron bastante similares. En cuanto a las instalaciones, ambos centros comunitarios contaban con una disposición similar de espacios y equipamiento: oficinas administrativas, áreas interiores para realizar actividades distintas de manera simultánea, baños limpios y amplios, gimnasio

pequeño pero con suficientes aparatos e instrumentos para ejercitarse, áreas al aire libre (aunque el centro suburbano tenía *más* de ellas), consultorio psicológico (que tenía servicios solo ciertos días de la semana), cocina (más para talleres de cocina que para ofrecer alimentos a los asistentes), mesas, sillas. Había zonas “para estar”, por lo general en constante limpieza.

Se escogieron esos dos centros gerontológicos (de entre cuatro que administra el DIF municipal) bajo la asunción de que habría diferencias principalmente socioeconómicas (y entonces de clase social) en los dos extremos entre el centro *más urbano* y el *menos urbano*, no obstante que lo que se encontró fue menos una clara diferencia que un gradiente poco contrastante de condiciones sociales en ambos centros comunitarios.

En el centro urbano el gradiente social comenzaba a notarse de manera inmediata por el tipo de transporte que utilizaban las personas para llegar: se encontraban personas que llegaban conduciendo por su propia mano (algunas veces vehículos costosos), las que eran llevadas por sus hijos (tanto en vehículos como a pie), y las personas que llegaban en transporte público (la mayoría de las veces por su propia cuenta). Esta información, además de dar cuenta del gradiente social, también indica que el centro comunitario no recibía solamente a personas que habitaban en las inmediaciones (algunas me contaron que hacían hasta una hora y media en llegar en el transporte público).

Esa característica también estaba presente en el centro comunitario suburbano: no todas las personas que allí asistían eran de las inmediaciones, aunque la mayoría también venía de *otras* zonas suburbanas: un vehículo oficial del DIF municipal tenía una ruta fija por la que iba recogiendo (y al final de las actividades, llevando) a las personas.

Pero es importante notar que la vivienda en zonas suburbanas no respondía necesariamente a una característica de condiciones sociales desfavorables (lo que fue una asunción inicial que pronto se descartó), sino muchas veces había sido parte de otro tipo de circunstancias (por ejemplo, un señor que compró un terreno allí porque se lo ofreció alguien

que trabajaba con él, y una señora que heredó una modesta casa de sus padres que habían vivido allí desde principios de siglo).

Otros indicadores de las condiciones sociales derivaron de los mismos testimonios: las pocas personas entrevistadas que no tenían condiciones de retiro o seguridad económica hablaban de utilizar ropa usada, tener casas sin piso, “vivir de prestado” o “fiado” (“*se lo pago el miércoles*”) o del apoyo de los hijos (“*me dan mi domingo*”, lo que también da cuenta de una experiencia de una vejez infantilizada), mientras que otros, *los que tenían seguridad económica* (lo que se presentó en grados también, por cierto), no hacían alarde de su condición pero notaban la diferencia (“*hay gente que viene aquí que no tiene las mismas posibilidades*”) frente a la que se posicionaban con intenciones expresadas como altruistas (“... *y hay que echarles una mano*”).

Las características de los escenarios hicieron que la muestra tuviera una relativa homogeneidad, por lo menos en términos de estar pensionados. Aunque la mayoría de las veces esa pensión era modesta, se trata de una cohorte que también tuvo beneficios sociales en términos de vivienda, por lo que los tres elementos (pensión modesta, casa propia y servicios de salud) implicaron los indicadores de una mínima y relativa seguridad económica, lo que finalmente se expresó como el ancla de las condiciones positivas de vivir:

Mira, si tienes casa propia y algún día te lleva la fregada... sacas una mesita, la llenas de chuchulucos, te vas a la esquina del bulevar o de la calle donde vivas y te pones a vender palomitas o pepitas o lo que tengas a tu alcance; si va a llover, levantas tu puestecito y te vas a tu casa, a tu techo... [*mientras tengas casa propia*] ya no te preocupas por nada... ¿qué otra preocupación puedes tener? (Benjamín, 77 años).

Ese testimonio de Benjamín expresa una vida libre de preocupaciones porque la casa propia implicaba la condición de protección (la lluvia, en este caso, como ejemplo y metáfora de la adversidad).

No obstante que hubo una relativa homogeneidad en la presencia de las condiciones de retiro, sí hubo diferencias notables, aunque en función de otros conceptos que emergieron de manera inductiva. Por adelantar un ejemplo inmediato: el tipo de ocupaciones previas al retiro que los informantes habían tenido, entre oficios manuales y profesiones de oficina. Esas diferencias, además, luego permiten entender el concepto de clase social como uno mucho más robusto que las meras condiciones económicas, vinculado con las prácticas sociales y un *habitus* como disposiciones para entender el mundo de manera *incorporada*.

De manera que no hubo muchas diferencias en los testimonios por *tipo de centro*, pero se mantuvieron los criterios de clase social y padecimientos corporales como orientadores del análisis, *independientemente de dónde fueron entrevistados los participantes*. La (poca) diferencia entre los testimonios entre uno y otro centro comunitario también fue reflejo del tiempo pasado en uno y otro centro, en el que el suburbano fuera menor (prácticamente la mitad de los meses) en comparación con el primero, pues los datos y testimonios se habían saturado, precisamente por las similitudes en la muestra.

Pero esa diferencia del tiempo pasado en uno y otro centro comunitario tuvo también una implicación en la cercanía de la participación: mientras que en el centro urbano *me volví, durante ese tiempo, un miembro del centro gerontológico* (celebraron mi cumpleaños, preguntaban por mí cuando llegué a faltar, había espacio para mí en la mesa de dominó, estuve en uno de los grupos de almuerzos donde cada miembro llevábamos algo para compartir en la hora de comer. Cuando faltó un instructor para la activación física del subgrupo con poca movilidad, suplí ese papel por varias semanas), en el segundo tuve un papel menos cercano, más el de un visitante externo que de un miembro (aunque también hubo almuerzos, tamales, flores bordadas que recibí como obsequio. Alguna vez fuimos a una visita planeada al museo de arte barroco de la ciudad).

A pesar de que con frecuencia tuve papeles diversos a lo largo del trabajo de campo (lo que además es una práctica regular en la investigación cualitativa, como señalan Taylor et al., 2016), siempre fueron desarrollados con una actitud reflexiva sobre el papel en esa inserción grupal (dando cuenta de una necesidad de ser escuchados, por ejemplo).

También: siempre expresé con claridad que mi papel era el de un investigador de ciencias sociales, en ambos centros. Los asistentes lo sabían y cuando alguien preguntó *por qué el instructor de la activación física* (en este caso yo) *ya no estaba en esa actividad* (cuando llegaron los practicantes de una licenciatura en fisioterapia), alguien se lo hizo saber (“*es que está aquí haciendo una investigación, unas entrevistas*”).

A propósito del término “ciencias sociales”, si bien posiblemente no era demasiado claro mi objetivo para los participantes (“*recuperar sus historias, sus experiencias, querer saber qué significa ser una persona que viene a un centro gerontológico*”), fue muy evidente para mí muy pronto que los testimonios eran diferentes bajo el cobijo de las “ciencias sociales” que bajo el cobijo de la “psicología” (una pregunta frecuente fue “*¿qué dices que estudiaste?*”).

La palabra “psicología” incitaba cierto tipo de respuestas pues me atribuían cierto tipo de escucha (“*ah, lo que tú quieres saber es sobre el desarrollo emocional*”, dijo Alan y luego utilizó mucho tiempo para contarme sobre los problemas que había tenido con su padre en la infancia). Por lo que pronto abandoné la palabra “psicología” prontamente.

Cabe decir que especialmente entre los entrevistados con mayor nivel de educación (entrevisté personas que habían estudiado arquitectura, contabilidad) y entre aquellos que habían tenido acercamiento con el mundo universitario (una mujer había sido secretaria en un centro de investigación... *de ciencias sociales*), la respuesta “ciencias sociales” era insuficiente (“*sí, pero ¿de cuál?*”), a lo que contesté indistintamente “psicología social” y “sociología” (más porque nunca estuve preparado para esa pregunta).

Si bien en investigación cualitativa se tiene un especial interés en el cuidado en la aproximación a la población para marcar correctamente el tono de las interacciones (Schettini & Cortazzo, 2015, pp. 21–22), también fue importante para mí, en ambos centros gerontológicos, ir anticipando mi salida (“*en 2 semanas voy a dejar de venir*”, “*mi trabajo aquí va a terminar en 10 días*”) para amortiguar el efecto (*bilateral*, cabe decir) de terminar un vínculo social de la cercanía. Además, porque esa población en particular es frecuentemente *atendida* por voluntarios, practicantes y estudiantes que hacen servicio social, y están acostumbrados a la gente que viene y se va. La intención de los anuncios fue evitar los sentimientos indeseables y resentimientos que las terminaciones abruptas de relaciones, incluyendo los procesos grupales, suelen tener. Esto se sabe bien en psicología.

Muestreo y características de los participantes

Se trató de una muestra no probabilística, intencional, orientada por el principio de suficiencia o saturación que usualmente es utilizado en investigación cualitativa (De Souza Minayo, 2017). Se recuperaron en total los testimonios de 10 hombres y 26 mujeres, los cuales fueron obtenidos a través de 24 entrevistas individuales y dos grupos focales. La edad promedio fue de 72.9 años (75.2 para los hombres y 71.9 para las mujeres).

Se consideraron tres criterios de inclusión: tener más de 60 años al momento de la entrevista (pues había personas de 59 años y menos que asistían a los centros gerontológicos), no padecer de dificultades mentales que impidieran participar en el estudio y que tuvieran interés de participar.

No se solicitó el criterio de retiro como criterio de inclusión puesto que la mayoría lo cubría y las entrevistas realizadas a personas fuera de esa categoría se utilizaron a manera de contraste. Cabe decir que, al ser una participación voluntaria, reconocemos que los hallazgos

también están sesgados en una muestra de personas con ciertos tipos de personalidad, disponibilidad afectiva y habilidades sociales de interacción.

La Tabla 1 y Tabla 2 muestran las características de los informantes. La Tabla 3 muestra en cuadrantes las categorías en que se agruparon a partir de los criterios sexo y condición de retiro.

Tabla 1. Características de la submuestra de mujeres
Fuente: Elaboración propia.

Seudónimo y edad	Educación	Condición de retiro	Ocupación previa	Padecimientos (como fueron referidos)
Arcelia, 75	Media superior	Pensionada IMSS	Ventas, bienes raíces	Diabetes, hipertensión, osteoporosis; várices, "circulación mala"
Blanca, 84	Básica (trunca)	Pensionada IMSS por viudez	Comerciante, haciendo comida.	Herpes zóster, hipertensión
Carlota, 69	Técnica	Ninguna, esposo aún trabaja	Secretaria; actualmente busca trabajo	Diabetes; Hipertensión; Problemas en las rodillas
Diana, 72	Básica	Pensionada (sin detalles)	Ama de casa	Cataratas, deficiencia auditiva, migraña, depresión; várices
Elba, 67	Técnica	Esposo pensionado	Secretaria, haciendo comida. A la fecha aún vende productos informalmente	"Articulaciones" (sospecha de artritis); cáncer en la boca (en remisión)
Francisca, 78	Técnica	Pensionada ISSSTE	Trabajo burocrático	Problemas en las rodillas, glaucoma; remoción de matriz, hipertensión, artritis
Graciela, 61	Básica (trunca)	Ninguna, esposo aún trabaja	Agricultura (trabajo manual). A la fecha aún vende productos informalmente	Hipertensión, cardiomegalia, colesterol "del malo", dolor ciático, obesidad
Hilda, 73	Básica	Esposo pensionado	Ama de casa	Osteoporosis, hipertensión

Irene, 73	Superior	Pensionada IMSS	Vendedora. A la fecha aún vende productos informalmente	Osteoporosis, artritis, síndrome de colon irritable
Julia, 80	Analfabeta	No, aún trabaja	De joven trabajó en el campo. Actualmente vende cosas que hace en tianguis	Enfermedad cardiaca, "corazón grande", hipertensión, "problemas en los riñones", embolia cerebral, reciente caída con múltiples fracturas
Karen, 69	Básica	Hijos la sostienen económicamente	Hacer comida, actividades variadas, actualmente vende cosas en tianguis	Severos problemas en las rodillas
Lorena, 78	Básica	Esposo pensionado	Hacer comida, limpiar casas	Prótesis de cadera, diabetes
Minerva, 74	Básica	Esposo pensionado	Ama de casa	Osteoporosis
Nadia, 80	Básica	Esposo pensionado	Manualidades (bordar, tejer, repujado); enseñarlas a otros	Diabetes, hipertensión
Olga, 91	Ninguna, informal	No, aún trabaja. También: hijos la apoyan económicamente	En el campo; agricultura, sembrar, hacer tortillas	Ninguna, dolores escasos (abdomen, espalda), insomnio
Piedad, 62	Básica	Esposo pensionado	Ama de casa	Problemas de tiroides, hipertensión, prediabetes, várices
Querubina, 64	Técnica	Pensionada IMSS	Enfermera	Diabetes, hipertensión.
Romina, 73	Media superior	Pensionada IMSS	Restaurantera	Problemas en la columna
Sara, 70	Media superior	Esposo pensionado y negocio familiar	Administración del negocio familiar	Hipertensión
Tatiana, 61	Técnica	Pensionada (sin detalles)	Ventas	Diabetes, insuficiencia renal, problemas de corazón
Úrsula, 61	Técnica	Pensionada IMSS	Oficinista	Diabetes, depresión
Valentina, 67	Básica	Ninguna, esposo aún trabaja	Ama de casa	Hipertensión

Wendy, 70	Analfabeta	No, aún trabaja. También: hijos la apoyan económicamente	En el campo, hacer comida	Artritis, hipertensión, gastritis
Xóchitl, 79	Técnica	Pensionada IMSS	Costurera, vendedora	Fracturas y cirugía de tobillos por accidente reciente, hipertensión
Yolanda, 70	Básica	Esposo pensionado	Ama de casa	Úlceras, cirrosis, diabetes
Zayra, 70	Básica	No, aún trabaja	Ventas, hacer comida, limpiar casas, actualmente busca trabajo.	Diabetes, hipertensión, osteoporosis

Tabla 2. Características de la submuestra de hombres
Fuente: Elaboración propia.

Seudónimo	Edad	Educación	Condición de retiro	Ocupación previa	Padecimientos (como fueron referidos)
Alan	65	Superior	Pensionado IMSS	Contador, vendedor	Escoliosis
Benjamín	77	Básica (trunca)	Pensionado IMSS	Chofer, vendedor	Diabetes, hipertensión
Carmelo	81	Básica (trunca)	Hijos lo sostienen económicamente	Negocio propio; camiones, agricultura	Hipertensión, hernia
Domingo	76	Básica	Pensionado IMSS	Carnicero, chofer y taxista	Osteoartritis en la rodilla, cáncer de próstata, diabetes
Ernesto	73	Básica (trunca)	Hijos lo sostienen económicamente	Albañil	Enfermedad cardíaca (a partir de un infarto)
Félix	70	Superior	Pensionado IMSS	Superintendente de mantenimiento	Hipertensión, colesterol alto, osteoartritis cervical
Genaro	60	Básica	Pensionado IMSS	Panadero, taxista	Enfermedad cardíaca (a partir de un infarto)

Héctor	60	Superior	Pensionado ISSSTE	Maestro de primaria	Diabetes
Ignacio	79	Ninguna	Pensionado IMSS	Chofer de tráileres	Hipertensión, reciente cirugía de corazón
Julián	76	Ninguna	Pensionado IMSS	Fábrica de zapato	Ninguna

Tabla 3. Categorías de participantes

Fuente: Elaboración propia.

	<u>Condiciones mínimas de seguridad económica</u>		<u>En la inseguridad económica</u>
	Por pensión (indistintamente propia, por cónyuge o por viudez)	Por sostén familiar (incluyendo trabajo actual de cónyuge)	(trabaja para cubrir sus necesidades, incluye tiempo parcial)
Mujeres (26 participantes)	12 participantes (Arcelia, Blanca, Diana, Elba, Francisca, Irene, Querubina, Romina, Sara, Tatiana, Úrsula, Xóchitl)	10 participantes (Carlota, Graciela, Hilda, Karen, Lorena, Minerva, Nadia, Piedad, Valentina, Yolanda)	Cuatro participantes (Julia, Olga, Wendy, Zayra)
Hombres (10 participantes)	Ocho participantes (Alan, Benjamín, Domingo, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio)	Dos participantes (Carmelo, Ernesto)	Ningún (0) participante.

Técnicas y procedimientos

Se emplearon tres técnicas de recuperación de datos: observación participante, entrevista semiestructurada (la mayoría de las veces menos estructurada, orientándose a la entrevista abierta) y grupo focal.

En total se registraron 24 entrevistas individuales, con una duración promedio de 67 minutos para las mujeres (en un rango entre 27 y 112 minutos) y 75 minutos para los hombres (entre 41 y 107 minutos). Se realizaron 2 grupos focales (121 y 98 minutos).

Si bien ya hemos señalado que el principio rector del tamaño de la muestra fue el de la saturación, cabe mencionar, a manera de comparación, que los estudios previamente revisados reportaron también muestras pequeñas (*más pequeñas* que la aquí presentada, de

entre 5 y 10 informantes) y las entrevistas estuvieron en los mismos rangos de duración (entre 36 y 120 minutos) (Brännström, Bäckman, & Santamäki Fischer, 2013; Sadkowska et al., 2015; Thomas & Wardle, 2014).

Tanto las entrevistas como grupos focales se realizaron siempre con el criterio orientador del lugar preferido por los informantes, tomando como inspiración el trabajo de Brännström y colaboradores (2013) quienes entrevistaron a los adultos mayores en la cocina de sus casas, en la casualidad de que allí fue el lugar que eligieron todos sus informantes.

Siempre tuve la aprobación de las administradoras de los centros gerontológicos para utilizar *cualquier área disponible*. En el centro gerontológico urbano la mayoría de los intercambios tuvieron lugar en una sala con equipo de cómputo que también funcionaba como sala de juntas, mientras que un número pequeño de entrevistas se realizaron en un sofá en un pasillo alejado del tumulto donde se podía tener un buen grado de privacidad.

En el segundo centro gerontológico se realizaron todas las entrevistas en una pequeña oficina a la que llamaban “consultorio” (una sala que percibí emocionalmente frío), excepto una de ellas que tuvo lugar en una silla de un jardín.

Todas las entrevistas y los dos grupos focales fueron realizadas de manera exclusiva por el investigador principal, teniendo a la mano la guía de entrevista a manera de lista de cotejo de los temas que se esperaban recuperar y de lista de notas para estimular respuestas temáticas por parte de los participantes (ver Anexo 1).

Todas las entrevistas comenzaron con un agradecimiento por participar, una explicación de los objetivos de la entrevista, recuperación oral de consentimiento informado, derecho de desistir y solicitud de grabar la entrevista, todo ello como parte de las consideraciones éticas que se especifican en el apartado siguiente de este capítulo.

En inspiración fenomenológica, las entrevistas iniciaron con una pregunta simple y amplia, intentando depositar los menos términos intencionados posibles (*viejo, vejez, tercera*

edad, sustituyéndolos por términos algo más descriptivos: *persona mayor, tener edad*), para no asumir una identificación ni dirigir las respuestas, teniendo por ejemplos de preguntas: “¿qué significa ser una persona mayor? ¿usted se siente así?”, “¿cómo es para usted ir teniendo edad?”, “¿de qué trata ser una persona que viene a un centro gerontológico?”.

A partir de allí se fue tejiendo la entrevista a la manera de una conversación regular más que como una serie de preguntas, teniendo además la apertura para tratar temas que no fueron considerados en el diseño original (lo que ya habíamos justificado con Taylor et al. 2016) pero es una regularidad en investigación cualitativa, por ejemplo también en el texto clásico sobre entrevista a profundidad de Gorden (1956).

La guía de entrevista especifica las categorías y ejemplos de estímulos que se emplearon para alentar la narración del entrevistado: datos demográficos y generalidades, retiro y seguridad económica, relaciones familiares y sociales, experiencia del envejecimiento, experiencia del cuerpo, división entre mente y cuerpo (Tabla 4 y Anexo 1).

Tabla 4. Categorías de exploración

Fuente: Elaboración propia

Categoría	Explicación y conceptos
1 Datos demográficos y generalidades	Se pretende esbozar las generalidades de la vida de la persona entrevistada.
2 Retiro y seguridad económica	Se busca conocer la ocupación actual o previa y las circunstancias a su alrededor. En su caso, explorar dependencias económicas (de ellos con otras personas o de otras personas con ellos) así como las expectativas que han construido al respecto.
3 Relaciones familiares y sociales	Busca conocer un panorama general de la situación familiar. Se pretende recuperar también información sobre relaciones en las que pudieran aparecer temas de exclusión, dependencia.

	Conocer relaciones interpersonales y si estas se han afectado a partir de alguna experiencia relacionada con el envejecimiento, el cuerpo y la salud. Indagar en términos de jerarquías
4 Experiencia envejecimiento	<p>Identificar los principales indicadores de la vejez.</p> <p>También se busca comprender si intentaron frenar el envejecimiento o retrasar sus efectos y a partir de qué circunstancias.</p> <p>Distinguir entre las etapas de vida y los estilos de vida.Cuál pesa más. Relación entre cronología y corporalidad.</p> <p>Si hay intereses que dejaron de gustarle y nuevos intereses a partir de la vejez.</p> <p>Conceptos: identidad encarnada (embodied identity), introyección de estereotipos edad subjetiva / edad cronológica</p>
5 Experiencia del cuerpo; enfatizar salud y enfermedad	<p>Se busca indagar en si las personas adultas mayores privilegian un entendimiento del cuerpo en función de su apariencia o capacidad instrumental. Averiguar también si aspectos de placer corporal han cambiado y en qué manera.</p> <p>A partir de recuperar una historia de salud se busca conocer los significados asociados a los padecimientos y procedimientos. Relación de la salud y enfermedad con la identidad personal.</p>
6 División mente/cuerpo	<p>Estudios previos han reportado que los relatos sobre la división entre mente y cuerpo aparecen como parte de estrategias de afrontamiento del deterioro corporal. Explorar pérdida de capacidades cognitivas, memoria, etc.</p> <p>Basado en los conceptos de gerotrascendencia. El tema de privilegiar la mente, virtud moral y cívica, espiritualidad... para opacar el cuerpo</p>

Cabe reiterar que estas categorías se emplearon como guía de entrevista y no como ejes de interpretación de los datos (los que emergieron de manera inductiva). Schettini & Cortazzo (2015, p. 17) señalan que las categorías fijadas previamente se deben hacer con cautela puesto que se puede forzar que los datos se ajusten a las categorías “acoplando hechos a categorías”.

Las entrevistas fueron grabadas (siempre con consentimiento) y transcritas manualmente y al pie de la letra exclusivamente por el investigador principal, utilizando como herramienta informática la aplicación de escritorio *oTranscribe*. Una vez transcritas, las entrevistas fueron importadas al software *NVivo* (versiones 11 y luego 12) para su análisis. Las entrevistas fueron codificadas línea por línea en unidades de sentido, asignando códigos a cada unidad de información. En concordancia con el párrafo anterior, no hubo una especificación de categorías previas al análisis, sino que se fueron buscando patrones de significación en los testimonios, los que luego se agruparon en campos semánticos de homogeneidad (o *clústeres*) que dieron lugar a los temas que se muestran en los hallazgos.

Cabe decir que las submuestras de hombres y mujeres se codificaron por separado (primero hombres y luego mujeres) y no utilizando las categorías (o *nodos*) que emergieron del análisis de la primera submuestra. Esto se realizó tomando por inspiración un enfoque de teoría fundamentada para identificar y comparar temas en función del sexo.

Consideraciones éticas

Para conservar la privacidad y confidencialidad, se asignaron seudónimos de manera alfabética y consecutiva a todos los participantes (Tabla 1 y Tabla 2), y la clave de seudónimos se almacenó de manera independiente a los resultados. (Se cuidó que ninguno de los seudónimos borrara aspectos de la etnicidad particular de los nombres, lo que se aclara aquí para hacer notar el cuidado de ese eje).

También se eliminaron todos los datos contextuales o se intercambiaron por homólogos allí donde eran importantes para el análisis (el nombre de una empresa por otra del mismo rubro económico, un tipo de profesión burocrática por otra, una ciudad por otra). Las grabaciones y transcripciones íntegras de las entrevistas se conservan almacenadas en la

nube bajo contraseña y permanecerán allí por 3 años después del trabajo de campo (hasta julio de 2020), luego de lo que se eliminarán definitivamente.

El consentimiento informado se obtuvo de manera oral y la mayoría de las veces fuera de los registros de audio (*se necesitaba el consentimiento para comenzar a grabar*, aunque en algunas ocasiones repetí la información una vez que estaba prendida la grabadora). Como parte del consentimiento oral, se informó a los participantes del propósito del estudio.

No se contempló ningún riesgo físico en participar, y las posibles consecuencias psicológicas (afectación emocional) por recordar momentos difíciles (lo que sucedió, por ejemplo, cuando relataban cirugías, dolores como parte del cáncer o las dificultades de estar sometidos a procesos de diálisis) se abordaron mediante técnicas de contención *una vez terminada la entrevista*, para restablecer en lo posible el estado de ánimo previo.

Se informó a los participantes (también de manera oral), que la entrevista no contemplaba beneficios directos pero sí indirectos al poder visibilizar lo que significaba ser una persona mayor en una sociedad como la nuestra, contribuyendo con la disminución de prejuicios y actitudes de discriminación.

En ninguna circunstancia se manifestaron en contra de tener un registro de audio grabado, pero es cierto que alguna información se extrajo de momentos fuera de la grabación, lo que se registró en bitácoras. Se hizo saber a todos los participantes que podían desistir de la entrevista en cualquier momento (lo que pasó en una sola ocasión, cuando para una señora fue muy intrusiva mi pregunta sobre su vida sentimental después de la viudez. Atribuí el rechazo más a las características privadas y de personalidad que al tacto en la formulación de la pregunta, pues hice antes y continué haciendo esa pregunta en todas mis entrevistas en las que fue relevante, y ninguna otra señora o señor expresó enojo).

SEGUNDA PARTE

Esta segunda parte pretende dar cuenta de un trabajo de revisión y análisis de la literatura teórica y científica-social que sostiene la perspectiva conceptual de este estudio. Para ello se divide en cinco capítulos que se van encadenando en una trama expositiva cuya estructura responde más a las necesidades de la argumentación escrita que a la ruta de la investigación misma.

En la medida en que esta investigación tuvo por objetivo estudiar la experiencia de personas mayores con el foco en aspectos corporales, se construye un marco teórico fuertemente basado en la fenomenología para dar cabida a las observaciones ubicadas en el nivel individual. De manera concreta se pretende construir una comprensión sobre el envejecimiento en el eje de análisis de la subjetividad/cuerpo/sociedad, dando por sentado que no se pueden comprender la experiencia y corporalidad si no se toma en cuenta de manera sustantiva el papel de las condiciones estructurales de esa experiencia. Es decir, se busca configurar el terreno teórico para la comprensión de los fenómenos íntimos de la vejez que a su vez se encuentran vinculados con las dimensiones que exceden el nivel individual.

Los cinco capítulos que se presentan a continuación están distribuidos, a su vez, de manera imaginaria, en tres segmentos: el primero de ellos (capítulos 3 y 4) representa el fondo filosófico y científico del documento, el *marco teórico* que inaugura con las consideraciones epistemológicas sobre el estudio de la experiencia. Por consecuencia se trata también el aspecto de las cuestiones ontológicas a propósito de la individualidad como eje de análisis, desde una perspectiva de ciencias sociales en el sentido robusto que permite vincular los aspectos de la escala más micro, *la íntima*, con aquellos aspectos estructurales que la contienen. En ese trayecto se remite a la cuestión sobre a qué tipo de ciencia social corresponde un estudio de la experiencia como este, cuestión construida sobre un recorrido que comienza en la fenomenología y que encuentra un punto climático en el terreno de la

sociología fenomenológica-interpretativa, no obstante la existencia de escalas en apariencia contradictorias durante ese trayecto.

En el segundo segmento comprende dos capítulos (Capítulos 5 y 6) en los que se encuentran desarrollados los aspectos teóricos que luego arrojan las categorías observables a propósito de la vejez, el *marco conceptual*. A decir, de manera concreta, trata de las cuestiones sobre el cuerpo, la salud y enfermedad, y el envejecimiento mismo, todas ellas nociones atravesadas de manera central por aspectos de la biología pero enfáticamente irreductibles a ellos, por lo que su tratamiento y exposición corresponde al de la consideración de esos aspectos desde las ciencias sociales.

Sin embargo, ese segundo segmento busca no únicamente la revisión de los aspectos que son entendidos como no-biológicos de las categorías propuestas (*los aspectos no biológicos de la vejez, de la salud, del cuerpo*), sino que profundiza en la construcción de las categorías mismas a partir de condiciones sociohistóricas y científicas, por lo que se abordan desde una perspectiva genealógica a la par de una revisión de las disciplinas que se convocan frente a un campo de estudio.

En términos amplios, se trata de dar cuenta de los escenarios sociales contemporáneos en los que tiene lugar la experiencia del envejecimiento, en el que las estructuraciones sociales, precisamente a partir de la edad, el cuerpo y la salud, se empalman para configurar una vejez no como un grupo etario caracterizado meramente por una edad cronológica y descriptiva, evidenciando una matriz de complejidad en la que se desenvuelve el envejecimiento como un problema social.

El hecho de que el envejecimiento sea el segundo de los capítulos de la sección (Capítulo 6) responde a la necesidad de utilizar en el foco de la vejez los conceptos desarrollado hasta ese momento. La aclaración es importante en el contexto de haber declarado que un estudio social sobre el envejecimiento no debe considerar la edad un criterio

marginal, y que en una lectura inmediata resalta la posición de la cuestión del envejecimiento tan alejada del primer plano expositivo.

El tercer segmento está compuesto por un único capítulo (Capítulo 7) que consiste en las conclusiones de una revisión sistemática de estudios previos sobre envejecimiento, experiencia y cuerpo, tanto realizados en México como fuera del país.

Finalmente importa declarar que el contenido, la estructura y el tono de este marco teórico y conceptual responde, además de a la contextualización de un quehacer, a la aspiración de una aportación en el esclarecimiento teórico para la comprensión de fenómenos sociales en un sentido robusto, conservando, por un lado, el compromiso con el empirismo sin perder el eje filosófico sobre la experiencia y, por otro lado, el objetivo de mantener el análisis de los diferentes planos sociales.

Capítulo 3. Ciencias sociales e individualidad: preámbulos hacia el estudio de la experiencia

Poner en evidencia y desarrollar los aspectos teóricos de una tesis de ciencias sociales cuyo objeto de estudio se enmarca en la experiencia implica partir —por lo menos en la pretensión de realizar un ejercicio riguroso y obligadamente reflexivo— del reconocimiento de los aspectos problemáticos a propósito de la orientación *micro* en ciencias sociales. Y en concreto aquellos que la sociología, como ciencia social paradigmática, ha construido sobre el tema de la individualidad como plano analítico de la experiencia, en sentidos ontológicos, epistemológicos e inclusive metafísicos.

Esta necesidad se vislumbra como punto de partida para justificar un abordaje que considere al individuo, pero finalmente desde un punto de vista sociológico, evidenciando las razones de esa opción frente a otras posibles. Y para ello es importante hacer notar que la pregunta: “¿cómo podemos estudiar la experiencia desde una perspectiva social?” tiene como precedente una más fundamental: “¿cuáles son las premisas que tenemos a nuestra disposición sobre el mundo social y sobre la individualidad?”.

Las dificultades de estudiar la experiencia desde una perspectiva sociológica son evidentes en la medida en que es un concepto que hace referencia a una realidad interior, a lo “*estrictamente personal que se vive en el fuero interno de manera individual, que solo puede compartirse con los demás de manera parcial*” (Castro, 2018) y que en un sentido sociológico se estudia como un fenómeno “*de origen fundamentalmente externo a los individuos, aunque la fuente empírica primaria para su estudio solo pueda provenir de la subjetividad*”.

Resulta conveniente comenzar nuestra indagación sobre la experiencia allí, en la forma en que ha devenido la individualidad un problema de la sociología, para transitar los puentes que se han tendido hacia la psicología —*la ciencia de la individualidad*— no tanto

ya para concebir ni delimitar —en la muchas veces difusa frontera entre la psicología-*social* y la *micro-sociología*— un tipo específico de *ciencia social* que tome forma para esta investigación en lo concreto. Se trata, en cambio, de un ejercicio de esclarecimiento, un *dar-cuenta* y una *puesta en evidencia*, en el terreno de las diferentes concepciones antropológicas que las ciencias sociales han adoptado como parte de su ejercicio conceptual, de aquellas discusiones para poder trazar las avenidas y contornos de este estudio. Para *situar* la pesquisa en un campo coherente y lógico.

Es decir, que el proporcionar una respuesta a las preguntas sobre la individualidad y sobre el tipo de disciplina en la que nos encontramos se revela como un requisito para, en primer lugar, establecer el gran acento narrativo y cosmovisión de este estudio para, luego, poder avanzar en la línea lógica que se conecta directamente con la filosofía metodológica y las consecuentes estrategias de investigación.

Dicho de otra manera: que aquellas preguntas sobre la individualidad se encuentran siempre ligadas con la comprensión de las consecuencias que desde allí están implicadas, así como de sus efectos operativos y aplicaciones concretas —especialmente en la medida en que la ciencia, en este caso *social* pero también de forma *contemporánea*, no siendo ajena al mundo que la concibe, se expresa en formas que remiten a la misma estructura de ese mundo social que habría que reconocer—.

Al emprender de esta manera, entonces, se busca situar el escenario con tres objetivos principales: *número uno*, para pensarlo como un *eje de acción* frente a la necesidad de adoptar una concepción antropológica que permita operar (justificadamente) sobre (*encima*) de los planteamientos sociológicos que remiten a individuos concretos en la forma de actores individuales en contextos sociales, poseedores de disposiciones y capacidad de experiencia, que se encuentran enraizados en el mundo social. Lo que, *número dos*, permite *establecer el*

tono de las críticas a ciertos conceptos gerontológicos ampliamente difundidos, pero finalmente individualistas como el de *envejecimiento exitoso*.

La necesidad de ubicar sociológicamente al individuo se vuelve más evidente en la medida en que se desarrolla el tipo de análisis de este estudio, montado sobre consideraciones psico-sociales. Y, en ese sentido, en la misma magnitud busca, aunque con el considerable y debido grado de modestia, *número tres*, sumar al *esclarecimiento* de un área del conocimiento muchas veces ambigua y opaca que con frecuencia es encontrada detrás de significantes alrededor de lo “psico-social”.

Habría que reconocer de una vez y reiterar que este ejercicio parte menos de (*aunque no es ajeno a*) una crítica (*en el sentido coloquial*) que de una observación que encuentra fundamentos en aquellas cuestiones filosóficas inaugurales de las ciencias sociales, remitiendo a su propia estructura e historicidad, así como la de sus conceptos y sistemas de clasificación que, precisamente en el sentido que concierne a este ejercicio, han tenido lugar alrededor del de individualidad.

Y no ya únicamente de manera posible sino determinadamente también encuentra fundamentos en la paralela cuestión más profunda y más seria que remonta a la de la posición epistemológica de las ciencias sociales en el escenario general de las ciencias y el conocimiento; escenario que en muchas ocasiones y cada vez con más frecuencia parece ser ocupado con exclusividad por aquellas posturas que, sobre los supuestos (no ya de la *medición* sino) de la *cuantificación* (ver Espeland & Stevens, 2008), devinieron paradigmáticas de lo que es científico, obturando en su camino las discusiones y controversias alrededor de diferentes formas de saber que no encajan con precisión en lo que en la actualidad se identifica como *ciencia*, sin adjetivos.

Cabe reiterar que, si bien esta cuestión se encuentra presente en toda discusión fundacional sobre ciencia, se encuentra particularmente viva en la frontera entre ciencias

sociales y ciencias naturales, y se reencuentra en las fronteras de las mismas ciencias en concreto, y en este caso de las sociales; fronteras mucho menos que nítidas, evidenciando una cuestión problemática que precisamente a propósito de la discusión sobre la individualidad no se puede evadir.

Y ello también nos interesa en este estudio porque nos permite distinguir no solamente a las disciplinas entre sí y sus efectos constituyentes sobre el mundo que pretenden observar, sino que también conduce a diferenciar a las disciplinas de una figura (cada vez más utilizada) en el escenario académico contemporáneo, la figura de los *campos de estudio*, y en este caso en relación con el de la *gerontología social*, lo que permite no tener que optar por una óptica gerontológica *en vez de* una sociológica o *en vez de* una psicosocial o *en vez de* una psicológica, en la medida en que aluden a diferentes parcelas de la estructuración del conocimiento.

Esta observación es también relevante en la medida en que alrededor del envejecimiento se ha construido ese campo, *el gerontológico social*, que es característicamente multidisciplinar (lo que proporciona la condición fundacional de los campos de estudio) frente a la necesidad de observar y teorizar un fenómeno, *el de la vejez*, desde la multi-óptica (Birren, 2007; J. Phillips et al., 2010; Wilmoth & Ferraro, 2007), no nada más para abordar el envejecimiento como un problema económico y técnico del mundo contemporáneo que *requiere soluciones* sino también para pensar con teoría social un fenómeno que no se construye en la individualidad aislada ni *dada* (y en todo caso, tampoco en la colectividad) sino que remite a aspectos estructurales que le dan continente y forma, que le dan, podríamos decir, la connotación del concepto⁶.

⁶ Una respuesta a la pregunta de si cualquier estudio sobre envejecimiento es *gerontológico* llegó a este estudio de manera inadvertida cuando, con el rechazo de una publicación derivada de esta tesis en una revista sobre estudios sociales de la salud vino una

Esa cuestión estructural es ampliamente tratada, por ejemplo, en el subcampo de la gerontología crítica (ver Estes & Phillipson, 2007; Tornstam, 2005). No obstante, queda pendiente, a la tarea de sumar perspectivas, la de poner en cuestión lo que cada una de las disciplinas aporta *distintivamente*.

Lo que es cierto es que, mediante la configuración en *campos de estudio*, la tendencia multi- y trans-disciplinar responde tanto a la necesidad de articular estrategias en contribuciones “sinérgicas” y concretas mediante las que se puedan operar aquellas soluciones (es decir, cuestiones del orden operativo, *pragmático*), tanto como a la tendencia de pensar más allá de los límites inherentes que corresponden a los tipos de ciencia (cuestiones del orden *epistemológico*).

Y aquí conviene recordar y montarnos sobre la línea expuesta anteriormente a propósito de una necesidad observada en estudios del envejecimiento, de indagar, por las características intrínsecas del fenómeno, al centro de los campos polarizados entre lo psicológico y lo demográfico (Higgs & Jones, 2009; Katz, 2014). Esa invitación podríamos entenderla de igual manera en otros términos al decir que nos interesa indagar al interior de la polarización entre agencia y estructura, entre psicología y sociología, o entre aspectos individuales y sociales, o entre perspectivas macro y micro.

Cabe mencionar que esa antinomia también se encuentra en expresiones concretas (remitiendo a los aspectos ontológicos) y que en gerontología, por ejemplo, podemos recuperar la conceptualización que distingue entre envejecimiento exterior y envejecimiento interior (Kenyon & Randall, 2007), el primero de ellos siendo el que se mide en aspectos

única sugerencia de un revisor anónimo de publicarlo en vez en una revista de gerontología. Queda pendiente por ahora responder a otra pregunta, de cómo la palabra *gerontología* vino a encarnar un espíritu de pragmatismo asistencialista.

empíricos, demográficos, observables directamente, mientras que el segundo se refiere al ámbito subjetivo, interno, de la experiencia, más frecuentemente explorado desde aquella gerontología crítica y mediante enfoques del tipo biográfico, narrativo, fundamentados en la fenomenología.

Esta escena de perspectivas concuerda con el interés expresado por Castro (2002, p. 109) en contextos latinoamericanos, de abordar de manera equilibrada la exploración de la subjetividad de los individuos con el orden social “que les precede y los modifica”; es decir, evitar caer demasiado tanto en patrones colectivistas como individualistas.

Frente a todas estas circunstancias se reafirma la conveniencia de revisar las cuestiones antinómicas en la relación individuo/sociedad (asumiendo que las hay, *por lo menos en algún plano*, en la medida en que son asumidas como categorías) para poder aspirar a la dignidad de la reflexividad en la que habría que —*cuando mínimo*— *dar cuenta* del escenario y *delatar* una opción (*como un verbo*) en él. Implicando también explorar detalles al interior de ese espectro, especialmente sobre el eje al que se le atribuye el papel protagónico y primacía ontológica —y la consecuente direccionalidad de su influencia mutua—, expresada de una manera más clara en la pregunta clásica: *¿son los individuos los que crean la sociedad o es la sociedad la que crea a los individuos?*

Fundamentos de la antinomia sociológica entre individuo y sociedad

En una primera aproximación a aquella pregunta resalta la importancia de evitar caer en respuestas simples (por ejemplo, apelando de manera inmediata a una bidireccionalidad), por lo menos en la medida en que esas respuestas sirvan para evadir una discusión compleja y, de esa manera, contribuir menos al esclarecimiento que a la opacidad.

Conviene entonces, para comprender la oposición, primero ontológica y luego epistemológica, de lo individual/social, remitir de manera breve (no tanto *recorrer*, puesto

que no es el objetivo de este texto) a la historia misma del pensamiento occidental. Y es que, una vez que a partir del siglo XVII el pensamiento explicativo se vio atravesado por los éxitos del empirismo y positivismo naturalista, era inevitable que alcanzara las costas de las ciencias sociales, junto con las aspiraciones de conocer el mundo observable y explicarlo mediante leyes estables y perpetuas, trayendo consigo las consecuencias a propósito de *qué tipo de preguntas se podían elaborar* para poder ser contestadas en la *forma correcta*. De allí que luego, por decir un ejemplo, se abordara la realidad social *como cosas*.

Pero la oposición entre individuo y sociedad, *entre lo macro y lo micro*, se puede rastrear más lejos. De acuerdo con Alexander y Giesen (1994), se encuentra ya estructurada de otra forma en la Edad Media, en la distinción entre el individuo y el Estado, siendo entonces aquella dicotomía una cuestión transversal y una de las “*principales oposiciones del pensamiento occidental*”.

También la cuestión está presente en Habermas, en su *Lógica de las ciencias sociales* (1988, p. 362), donde refiere que “*la relación entre individuo y sociedad, tan discutida en la vieja sociología se refiere a un problema de demarcación expresa (...)*”. En Habermas encontramos esa afirmación en el marco de una discusión con Niklas Luhmann y en ese punto se refiere a cómo la cuestión antinómica había encontrado en su interlocutor la forma de *sistema psíquico y sistema social*.

El nombre de Luhmann nunca vuelve a aparecer en este documento, pues no forma parte del instrumental teórico empleado, pero viene a ser, en este momento, un ejemplo *radical* de cómo el conflicto se puede resolver, por lo menos en su sentido operativo, al modificar completamente los fundamentos epistemológicos de la cuestión, sustituyendo las premisas con las de otras disciplinas, que no las de las ciencias sociales (por lo menos en la forma en que se han venido practicando por más de cien años) para minimizar las consecuencias de asumir un realismo ontológico.

Y también viene a ser un ejemplo que permite mostrar que en ningún sentido se pueden tomar por dadas las cuestiones de la experiencia, la individualidad, la agencia, el sujeto, la *comprensión de actores individuales en contextos sociales*... todas ellas centrales para un estudio como este. Al considerar al individuo no como un actor que constituye una sociedad sino como un sistema psíquico al interior de un sistema social, el asunto está al mismo tiempo tan resuelto como evadido, por lo menos en su sentido clásico, lo que le permite ejecutar investigación desde otros supuestos.

En todo caso, pensar en Habermas (no en Luhmann) significa suscribir su invitación a la *“autocomprensión de las ciencias sociales”* y reconocer los referentes tecnocráticos (no dichos así) de las ciencias (naturales), invitando (de manera implícita) a la reflexividad en la medida en que *“el proceso de investigación organizado por los sujetos pertenece, a través de los actos de conocimiento, al contexto objetivo que se busca conocer”* (Habermas, 1988, p. 22) y que, en toda circunstancia *“pone en tela de juicio que la ciencia, en relación con el mundo creado por los hombres, pueda proceder con la misma indiferencia con que con tanto éxito lo han hecho las ciencias naturales exactas”* (p. 23).

La cuestión de las polarizaciones (ahora en plural) macro/micro en la forma de individuo y sociedad estaba presente ya en las ciencias sociales en el siglo XIX, en Comte, para quien la diversidad en capacidades humanas, formas de pensar, o la acción de la inteligencia humana individual, estaba en la determinación de las formas sociales, al mismo tiempo que eran su causa (Gane, 2006, pp. 25–27; 72). Y también está en ambos, en Durkheim y en Weber, aunque de maneras asimétricas: en Durkheim encontramos una orientación (ontológica y epistemológica) hacia lo macro al considerar que los productos culturales no eran el resultado de la acción individual sino los efectos de los procesos inherentemente sociales y colaborativos, apelando al racionalismo y positivismo que había orientado las ciencias naturales (Durkheim, 2001, pp. 20–26; Rawls, 1997).

Por otro lado, en Weber encontramos una oposición a ese colectivismo ontológico y también hacia el modelo nomotético, con su orientación celebre hacia la “acción social” (Weber, 2002, p. 18), y a los *motivos* como consecuencia. Cabe decir de una vez la (de otra manera) obviedad de que en esa formulación encontramos la teoría clásica en la que se ancla el estudio de la experiencia que concierne a esta investigación.

Importa subrayar que en esas concepciones del estudio de lo social encontramos dos maneras completamente distintas de comprender el mundo, en términos amplios, y que ellas abordan el tema con objetivos y premisas distintas, y que no nos encontramos únicamente frente a un privilegio simplista de uno de los dos ejes del continuo y tampoco a la opción de técnicas de investigación en un *repertorio democrático*. Sino que esas concepciones vienen a expresar en lo concreto una oposición cosmográfica de lo que en su momento constituía el paradigma de los pensamientos francés y alemán, dando como resultado, en el primer caso, una consideración primordial sobre la mensurabilidad cuantitativa y, en el segundo, una apelación a la interpretación cualitativa, marcando en su paso el tipo de preguntas que se podían formular.

Esa distinción ubicada entre los pensamientos francés y alemán se encuentra, por ejemplo, en Mannheim (1993), para quien los caminos recorridos por esas dos tradiciones eran tan disímiles que constituían una “*auténtica antítesis*” que “*produce poco menos que un retorcimiento de cada una de las categorías lógicas del pensamiento*”. Para Mannheim (quien construía su observación sobre las categorías propuestas por Dilthey), en el primero de los casos —el francés—, el espíritu del racionalismo positivista de la Ilustración dominó al mismo tiempo las ciencias de la naturaleza y las del espíritu, “*iluminándolas con la luz del día de las matemáticas*” mientras que, para el segundo caso, —el alemán—, solamente las ciencias de la naturaleza se constituyeron bajo esa forma positivista, conservando las ciencias del espíritu un planteamiento histórico-romántico.

No es difícil comprender el atractivo de la *luz del día*, ni por qué, a la manera de una pendiente resbaladiza, las ciencias sociales, bajo el modelo de las ciencias naturales, han pretendido constituirse bajo esa forma que entre las insignias de prestigio que ostenta se encuentra la explicación y predicción de los fenómenos del mundo. No obstante, el tratamiento del mundo en un sentido nomológico deja una serie de fenómenos (*especialmente sociales y de subjetividad*) fuera de su alcance, así como ciertos procedimientos metodológicos ajenos a su repertorio.

Dos pasajes recuperados e interpretados con fines epistemológicos por Pierre Bourdieu sirven para ilustrar lo anterior: en el primero de ellos remite a un escrito de Sigmund Freud, equiparando la cautela metodológica con la obsesión de un sujeto que jamás se pone los anteojos por pasar el tiempo limpiándolos (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 2008, p. 21), mientras que el segundo pasaje remite a Abraham Kaplan, sobre la viñeta más conocida de un borracho hipotético que “*habiendo perdido la llave de su casa, la busca sin embargo con obstinación, bajo la luz de un farol, ya que alega que allí se ve mejor*” (p. 26).

Aquí podemos ir pensando a la psicología (tanto en el sentido disciplinar como descriptivo, es decir, para el segundo sentido, *la psicología como la individualidad*) en el centro del escenario; y desde allí comprenderla como un *punte* entre las ciencias naturales y las ciencias sociales en la adopción de una visión positivista (por ejemplo ver Elias, 1990 pp. 57–59 y, para el contexto de la gerontología, ver Birren, 2007).

Y sostener esa idea allí para luego reconocer que hasta la fecha la psicología (como disciplina) arrastra las dificultades epistemológicas derivados de esa *naturaleza puente*, y también para comprender la apuesta teórica de este documento en particular y su relativo rechazo por utilizar *categorías psicológicas* como lo son *aprendizaje* y *motivación* (en el sentido de un proceso cognitivo) pero también un relativo rechazo por el de las *categorías psicosociales* toda vez que remiten a la *colectividad*, como lo son las *actitudes* y *esquemas*,

en la medida que, aunque ambas ofrezcan posibilidades de una exploración de la experiencia, no lo hacen en observación de la estructuración social, las jerarquías presentes en las sociedades, las relaciones de poder, estatus y justicia, todas las cuales remiten a aspectos macroestructurales.

En todo caso, aquí implica sostener y justificar la presencia de ciertas categorías y espíritu *psicológico* orientado por el psicoanálisis —como *un tipo* de psicología— que abona a las ciencias sociales un marco referencial, pero en particular un espíritu contestatario en la forma de una concepción de la individualidad *biográfica, histórica*, frente a una psicología que en su forma contemporánea ha privilegiado la cuantificación fuertemente asociada al cognitivismo y las neurociencias.

Y abona también, el psicoanálisis, de una manera más específica, con las premisas para operar un tipo particular de proceder deconstructivo que se encuentra ya presente en toda una generación del pensamiento sociológico fundamentado en la *comprensión*, al lado de una inspiración enraizada en Weber y, claro, en Kant, entre cuyos ejemplos están la obra de Foucault (2012), cuando apunta, por ejemplo, hacia un “psicoanálisis del conocimiento médico” o en la de Bourdieu (1998, 2012), quien insiste en reiteradamente en realizar un “psicoanálisis social”. En su momento (Capítulo 4) también habrá que hacer notar la escala intermedia y obligada en el pensamiento fenomenológico que, coincidentemente, tiene un antecedente en común con el psicoanalítico, en Franz Brentano.

Cabe mencionar en este momento que el pensamiento sociológico de “tradicición alemana” (siguiendo la nosología de Mannheim) —la sociología *interpretativa* que está enraizada en Weber— ha tenido muy clara su deuda con la epistemología de Kant (aunque esa deuda también se expresaría después visiblemente en el pensamiento francés del siglo XX, tras la influencia en las ciencias sociales, por ejemplo, de las ciencias del lenguaje, haciendo de esa distinción geográfica bastante menos operativa):

Mientras que la sociología del eje Comte–Durkheim, que miraba el positivismo con fascinación y tenía por objetivo la instauración de la ciencia social a la par de la ciencia natural, consideró a las categorías sociales más o menos estáticas, más o menos permanentes, y más o menos *inescapables*, privilegiando la estructura sobre el sujeto... por el otro lado, en el eje interpretativo se enfatiza la visión sobre la cultura, la vida cotidiana, los valores, significados y los rituales, los motivos... privilegiando al sujeto actante, intencionado; la deuda con Kant aquí se sitúa también en el sentido metafísico, a propósito de la descripción del mundo en categorías, pues pone en evidencia una asimetría y desigualdad entre las categorías para comprender un mundo finito (en este caso, la sociedad), con el de los objetos trascendentales o el mundo en sí (Milbank, 2006, pp. 75–78).

Es decir, que la primera de esas tradiciones apela a la tarea del conocimiento del mundo mientras que la segunda supone que esa tarea es fundamentalmente *incompleta* y en su lugar enfatiza el *trabajo del sueño*, la categorización. Y que, a manera de la correspondiente interpretación, habría que buscar hacer el recorrido que nos permita develar el contenido latente debajo de las formas sociales, entre las que se incluyen las experiencias.

Situarnos en la segunda tradición, la interpretativa, se muestra entonces como absolutamente primordial si luego pretendemos comprender, por ejemplo, la tercera edad como una característica relativamente nueva en la historia humana al no ser ella un aspecto de la naturaleza, una cuestión de la exterioridad del mundo asequible de manera inmediata por la razón y los sentidos, sino como un paradigma conceptual que contiene y le da forma a la experiencia de estar vivo y a la de transitar el mundo *después de cierta edad*.

Habría que insistir que, al mismo tiempo que es una cuestión clásica, la oposición entre individuo y sociedad es también contemporánea; que esa cuestión no produce un debate periférico o un asunto *suficientemente dicho* y que de ninguna manera está resuelto. Que, al

contrario, es una controversia vigente, mayor, y un aspecto de las ciencias sociales que se encuentra de manera transversal a través de todos los sistemas de pensamiento social y en algunos es inclusive un aspecto central. Y que, en todos los casos, sea de manera latente o de manera explícita, está presente para configurar, precisamente mediante una concepción del ser humano, la óptica para comprender los fenómenos del mundo social.

Un ejemplo relevante es el de Norbert Elias, quien dedica un volumen completo a la cuestión de la individualidad (Elias, 1990), advirtiendo que aquel problema constituye uno fundamental de la sociología; resolviendo que individuo y sociedad son apenas *planos analíticos* de una misma realidad o dos ámbitos funcionales que se pueden comprender en conjunto (y que, de cualquiera manera, el Kant, el Weber y también el Husserl en el fondo de esa resolución dejan entrever la primacía ontológica considerada por Elias). Para Elias el problema de la individualidad, en este sentido, es una cuestión epistemológica, y como tal remite al tema de la psicología como ciencia.

Es importante recordar aquella naturaleza puente que le atribuye Elias a la psicología, situada entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias sociales, pues estima la necesidad que tiene la psicología de remitir a aspectos estructurales para que pudiera sostenerse esa cualidad de mediación. De acuerdo con Elias (1990, pp. 57–59), a la psicología le correspondería, por un lado “*investigar la estructura y las leyes naturales de todas aquellas funciones de autodirección*” y, por otro, “*seguir el desarrollo del proceso en el cual, de acuerdo con una determinada estructura social y en el seno de la convivencia con otras personas, estas flexibles funciones de la autodirección de la persona se diferencian, ocasionando una configuración individual*”.

Es claro que la historia misma de la ciencia psicológica ha tomado rumbos en los que es difícil encontrar reflejada la invocación de Elias. Pero comprendía que al interior de esa

ciencia había un cisma en apariencia insalvable precisamente a propósito de la consideración de la individualidad, en ambos sentidos, ontológico y epistemológico:

Sea cual sea el proceder particular de las diferentes corrientes de investigación de las psicologías del individuo y de las psicologías sociales, también aquí queda siempre más o menos oscuro cómo han de relacionarse los objetos de estudio de ambas formas de entender la psicología. Muy a menudo parece como si la psicología del individuo y la psicología social fueran dos disciplinas completamente independientes. Y las cuestiones de que se ocupa cada una de ellas están enmarcadas de antemano de manera tal, que parece también como si en realidad existiera un abismo insondable entre el individuo y la sociedad (Elias, 1990, p. 93).

Para Elias la respuesta estaba en la invocación de modelos teóricos que permitieran considerar a individuo y sociedad como planos analíticos, *modelos mentales*, armónicos y globales que permitieran dar cuenta de una relación entretrejida, en la que los individuos no podían ser *verdaderamente humanos* sino a partir de su contacto con otras personas, el contacto con la... *sociedad* que les enseña a actuar, hablar, sentir.

Lo que parece estar en la superficie de esa resolución es, precisamente, no confundir los planos epistemológicos y ontológicos. Otra manera de entender esa propuesta se encuentra en el foco de atención de Alexander y Giesen (1994) cuando argumentan que la distinción es entre los planos analítico y empírico; y que en gran medida el conflicto radicaría en la pretensión de identificar la oposición de las escalas macro y micro con dicotomías concretas como lo son individuo y sociedad, siendo la primera una categoría filosófica y la segunda una cuestión científica.

Y, por decir otro ejemplo, cabe mencionar que en sus *nuevas reglas del método sociológico*, Anthony Giddens (2007) habla de una condición dual de la estructura, pensándola como aquello externo que restringe la acción de los actores sociales pero que también la habilita; que al pensar una dicotomía entre sociologías comprensivas y estructurales/funcionalistas (donde las primeras son débiles en estructura y las segundas débiles en la acción) se pierde de vista que *ninguno de los dos, individuo ni sociedad*, son

puntos de partida adecuados para la reflexión teórica, optando por emplear, precisamente, el concepto de agente de acción como contraste frente a individuo o sujeto.

Modelos que en concreto tomó el escenario *sociopsicológico*

Una vez expuesto el terreno de aquella antinomia en el campo de la sociología, resulta importante exponer algunos modelos que han tomado forma de manera concreta y operativa de trabajar esa diferencia, en la forma de un gradiente que va desde modelos *más psicológicos* hacia aquellos *más sociológicos*.

Cabe comenzar notando que el término “psicología social” ha sido empleado para cubrir el espacio entre la psicología y la sociología... *desde ambas disciplinas*. Y que al tener puntos de partida que son finalmente distintos, los desarrollos cobijados por ese término han transitado por rutas y epistemologías tan desiguales que podemos, no tanto *observar puntos de encuentro* entre ambas disciplinas sino, *distinguir*, por lo menos, *entre dos tipos* completamente diferentes de psicología social (ver Díaz-Loving, 2002a, 2002b; Páez, 1992, pp. 119–122, y, desde otra perspectiva, también el texto ya referenciado de Elias, 1990).

Por un lado nos encontraríamos frente a una psicología social *psicológica* orientada principalmente hacia las explicaciones, vaya decirlo, *psicológicas*, o individuales, marcada por los aspectos teóricos enfocados en aspectos cognitivos; y, por otro lado se encontraría una psicología social *sociológica* centrada más en la perspectiva sociológica, con una mirada hacia los procesos estructurales, frecuentemente asociada a las corrientes marcadas por el interaccionismo simbólico que Blumer (1969) construyó sobre el trabajo de George Herbert Mead para dar cuenta de la vinculación recíproca entre individuo y sociedad.

No obstante, ese último ejemplo representa solamente un modelo de la corriente sociológica; una interpretación de la psicología social (también presente en la etnometodología de Garfinkel) que *padece* (por decirlo en un sentido descriptivo) de

depositar la primacía ontológica en los individuos, al ser la interacción entre ellos donde se ubica el origen del significado. Ese posicionamiento *pragmático norteamericano* fue altamente criticado por ser una sociología “carente de macroreferencia” o de “teoría institucional” (Alexander & Giesen, 1994). Y es, en esencia, la misma crítica que hace Bourdieu a propósito de la fenomenología (ver, por ej., Wacquant, 1992 y en extenso el capítulo 4 de este documento) (aunque luego haya un momento para cuestionar también el posicionamiento particular de Bourdieu) y, en la gran escala y a grandes rasgos, es la crítica que se hace desde la sociología orientada principalmente por el nivel macro hacia aquella orientada principalmente por el nivel micro y que (para evidenciarlo de una vez), está también presente a propósito de la vinculación entre sociología y psicoanálisis, criticada por su “epifenomenalismo reduccionista radicalmente micro” (Alexander & Giesen, 1994, p. 19).

Cuando anteriormente se expresó un relativo rechazo hacia la implementación de *categorías psicológicas* en este estudio nos referíamos principalmente a la necesidad consideración de los mismos aspectos estructurales e institucionales como son los económicos, la familia, el género, la raza, la clase social (Fingerman & Baker, 2007). Pero habría que notar al mismo tiempo que el envejecimiento está caracterizado de una manera inexorable por su remisión a aspectos concretos, *materiales*, características *de la biología*, por lo que un abordaje (primero de) la experiencia, además de considerar la categoría de la individualidad, implica considerar aspectos que de otra manera han sido interpretados y cobijados como psicosociales al reconocer la enfática conveniencia de hacer escalas teóricas en aspectos del cuerpo —de la... *corporalidad*— así como tomar en absoluta consideración los cambios cognitivos, procesos emocionales y componentes psicológicos adheridos a las relaciones sociales de las personas mayores.

La intersección con aspectos biológicos hace, por un lado, que sea irremediable la escala en la sociología del cuerpo *para considerar ese cuerpo en relación con aspectos*

macro, pero también justifica una simultánea *consideración psicológica* (individual) *de la vejez*, en la medida en que la configuración de ese fenómeno como un asunto social y público implica de manera entrelazada variables de la deterioración biológica individual, al ser el envejecimiento la ineludible escala hacia la muerte natural, junto con las consecuencias que tiene en la subjetividad.

Esa consideración, claro, no implica enfocar el análisis *en* la individualidad, ni *en aquellos procesos cognitivos y corporales*, sino que implica contextualizar la experiencia, así como en la estructura, también en la individualidad... en esa realidad que está especialmente atravesada por esos procesos cognitivos y corporales, aspectos que le dan al envejecimiento una característica distintiva frente a otros temas que se pueden explorar desde la sociología de la experiencia.

En ese contexto, frente a la opción de resolver un planteamiento *psicosocial* que rinda teórica y empíricamente, nos encontramos con la posibilidad de emplazar el estudio en una *psicología social psicológica*, que sería aquella que Gordon Allport (1985, pág. 5) definiría como “*el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos son influenciados por la presencia actual, imaginada o implicada de los otros*”, espíritu que también está en toda serie de manuales de psicología social (por ejemplo, ver Kimble et al., 2002) cuando hablan de esa disciplina “*híbrida*” como el estudio de la influencia de algún aspecto macro, como “*la cultura*” o “*la sociedad*” en aspectos individuales, como son los pensamientos, conducta o actitudes, y las causas, consecuencias y patrones de la interacción humana a través de las formas de percibir e interpretar situaciones sociales.

No obstante que esa descripción aparenta ser en muchos sentidos *suficiente* para un estudio vinculando la individualidad con los procesos más amplios, habría que notar que una vez en el terreno de la acción se vuelve impráctica para los efectos buscados en esta

investigación, pues los estudios enraizados en ese tipo de enfoques suelen abordar la cognición, afección y conductas situadas *en la colectividad*.

A manera de ejemplo y para contribuir con la clarificación, basta decir que los estudios psicosociales, en esa tradición, suelen teorizar y estudiar fundamentalmente conceptos que son clásicos en la psicología, como lo son el aprendizaje y el desarrollo, y que en su forma “social” se traducen a temas como la persuasión, procesos de grupo (Kimble et al., 2002), locus de control, autoconcepto, roles, actitudes (Díaz-Loving, 2002a) y, especialmente a propósito de lo que interesa en este estudio (vejez y cuerpo, vejez y salud y enfermedad), los temas típicos en ese tipo de estudios incluyen los de estilos de vida, hábitos alimenticios, hábitos de sueño, conductas de riesgo, actividad física (por ejemplo ver Stroebe, 2011, págs. 6 - 13), así como el estrés, que con frecuencia opera como concepto articulador de aquellos eventos “sociales” (entendidos en la forma de divorcios, muertes de seres queridos), con aspectos biológicos (como son los biomarcadores), así como con aspectos conductuales (como las estrategias de afrontamiento e involucramiento en actividades).

Aunque se pueden encontrar paralelismos entre conceptos psicosociales psicológicos y sociológicos, solamente lo serían en la superficie. A decir, por ejemplo, el concepto de *agencia* comprendido a la par de la *autoeficacia*: el segundo remite (también) a una necesidad esencial del control propio, pero su contexto está construido sobre el de los refuerzos, la modificación de sentimientos, reorientación de objetivos, y no a otro tipo de procesos de socialización complejizados por procesos estructurales.

Un marco conceptual y referencial de esa naturaleza podría proporcionar sin duda, y de hecho lo hace, información de gran valor. Sin embargo, el detalle se expresa en una óptica y dirección “micro-a-macro” (Lawler, Ridgeway, & Markovsky, 1993), mientras que una orientación hacia una perspectiva más sociológica permite no únicamente cuestionar el estudio de la experiencia (en caso de considerarla) reducida a sus aspectos individuales sino

también, en línea recta, tomar en cuenta los aspectos históricos involucrados en la estructuración de las sociedades jerarquizadas y los contextos de poder en los que tiene lugar esa experiencia.

De manera contrastante, frente a ese escenario nos encontramos con la posibilidad de una *psicología social sociológica* que sería el reverso de la concepción de psicología social encontrada en Allport y en Kimble: una subdisciplina de la sociología que aborda el orden social encarnado en la escala más pequeña, dando prioridad al estudio de las acciones sociales, las relaciones entre personas. Esta consideración haría del foco de estudio no la individualidad por sí misma, sino como un *nivel empírico* para explorar, mediante las uniformidades en la acción, las expresiones de la macroestructura en *posiciones sociales*.

Vendría a ser, en todo caso, la psicología social que describe Bourdieu al decir que es una que “*privilegia las representaciones de los individuos en detrimento de las relaciones objetivas en las cuales están inscriptas*” (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 2008, pág. 38) o Moscovici (1988), cuando escribe que “*la psicología social es la ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad. Podríamos añadir: de la sociedad externa y de la sociedad que lleva dentro*”. No obstante, habría que proceder con cautela pues en ese nivel retorna lo que parece ser una reproducción, en la pequeña escala, de la dicotomía sociológica a propósito de la primacía ontológica de estructura o agencia.

En tal sentido, la elección de esas dos definiciones no ha sido aleatoria, sino como ejemplos de modelos que expresan su trayectoria genealógica y las premisas con las que han sido fundados y, por consecuencia, en muchos sentidos son opuestas. Las ideas de Moscovici a propósito de las representaciones sociales han tenido muchos ecos en la psicología social latinoamericana no obstante que es un concepto inspirado en las representaciones colectivas de Durkheim, por lo que lleva parte del *peso de las consideraciones de los hechos sociales*. Encima de que para Moscovici mismo (1988) la tarea de la psicología social consistiría en

descubrir *cómo los elementos subjetivos se transforman en objetivos, y viceversa*, por lo que sigue siendo una definición muy restringida.

Pero era de esperarse que cada una de las referencias clásicas expresara consecuencias y ecos en las contemporáneas. Nos interesa en este momento, en la medida en que este es un estudio de la experiencia, aquella genealogía que luego desemboca en la fenomenología social. Por ahora cabe decir que la exploración sociológica de la experiencia convoca a la utilización de una perspectiva sociológica inspirada en la fenomenología social que permita extender la encomienda iniciada por Max Weber, de hacer una vinculación y síntesis entre los aspectos macro y micro de una manera armónica. Espíritu que también está detrás de los conceptos de habitus, campo y capitales en Pierre Bourdieu, como se exponen y recuperan de manera más contextualizada en capítulos subsecuentes.

Como se puede comprender, la perspectiva sociológica de la psicología social tiene presente la noción de que las sociedades están jerarquizadas, por lo que la socialización solamente puede ocurrir en contextos de las relaciones de poder haciendo de la experiencia una dimensión con implicaciones políticas. Y en tal sentido nos interesa comprender las particularidades de la experiencia para recuperar las características del orden social que hacen posible el sentido común para experimentarse.

Esa necesidad ha producido también, por ejemplo, esfuerzos de pensar una “psicología social estructural” (Lawler et al., 1993) como un tipo específico de psicología social sociológica, que opera sobre puentes teóricos *multinivel*, al estar basada en el reconocimiento de que las estructuras sociales tienen efectos en la interacción, que a su vez reproduce la estructura social. Y para ello concibe la interacción de actores que tienen propósito situados en *redes de posiciones sociales macroestructurales* que operan como el marco de encuentro de unos individuos con otros.

Todo lo anterior conduce a pensar los testimonios individuales en conexión con los procesos sociales, como ejemplos de *lugares en la sociedad*. Esa observación es la clave para comprender la propuesta de Bourdieu, quien señala una falsa oposición entre lo universal y lo único, entre lo nomotético y lo ideográfico, pues lo que interesa no es conocer los “resultados sustantivos” o fenomenológicos sino los procesos y las relaciones estructurales que los han configurado (Bourdieu & Wacquant, 1992, pp. 75–93).

De todo esto podemos recuperar que lo que pretendemos estudiar, en todo caso, al recuperar los testimonios individuales, no es tanto la experiencia individual como fin último sino a las estructuras institucionalizadas en su experiencia, y en este caso, la estructura institucionalizada de una sociedad ordenada por criterios de edad y por criterios corporales mediante prácticas, normas y símbolos.

Por lo demás, un abordaje más sociológico, crítico y reflexivo conlleva también la posibilidad de preguntar si aquellas perspectivas predominantemente psicológicas (en el sentido que ha tomado esa psicología contemporánea y biologicista) contribuyen (de una manera no únicamente descriptiva) con la *medicalización de la vejez* al ser los trastornos biológicos y principalmente neurocognitivos temas de principal interés, posiblemente colonizando en su paso la experiencia de la vejez y construyendo una sociedad hipercognitiva (Post, 2000) a través de la alzheimerización de la sociedad (Higgs & Gilleard, 2017). Es decir, que *solamente* a través de un marco conceptual de este tipo es posible remitir al propio ejercicio exploratorio como productor de las diferencias y el orden social.

Direcciones

El recorrido de este capítulo tuvo por objetivo la elucidación del terreno científico y social que proporciona rutas para el trabajo inquisitivo sobre la experiencia, haciendo referencia y justificando la individualidad como nivel de análisis en los términos de las ciencias sociales. Y en ese trayecto hubo ineludibles escalas a propósito del conocimiento, en términos amplios, siendo en ambos casos cuestiones epistemológicas de gran importancia.

A pesar de que el destino provisional al que hemos llegado tenga la apariencia de *dado*, ha resultado fundamental el reconocimiento del trayecto de esa *dación* y de las maneras de comprender el mundo que se reflejan en los diferentes posicionamientos académicos. Y no ya únicamente los que existen de manera claramente demarcada entre disciplinas, como son la antropología, la sociología y la psicología social, sino también a propósito de los puntos de convergencia, sea por su objeto de estudio o premisas de trabajo. Y en este caso de manera concreta en el escenario micro sobre el que se ha optado un posicionamiento científico-social que permite dar cuenta de la existencia de sujetos concretos e intencionados.

La atmósfera que se encuentra de fondo se puede comprender a la luz de los trabajos de Michel Foucault, quien ha extendido aquella herencia kantiana sobre ontología y epistemología para poner en cuestión la aplicabilidad de categorías como sistema de representación, y en particular en el campo de las disciplinas y las ciencias. Es así que encontramos en Foucault (2001), la observación de los sistemas de clasificación científica como productos históricos, estructurados en función de relaciones de poder, teniendo como consecuencia el establecimiento de la administración del conocimiento y de la definición de las dinámicas sociales y la subjetividad.

Al considerar los sistemas científicos como productos contingentes, podemos considerar todo emprendimiento académico un producto de sus *testimonios de la civilización*. Y para ello se reitera la necesidad de aspirar a un entendimiento comprensivo y reflexivo.

Es decir, un reflejo de que al interior de las disciplinas no hay unidad ni historia lineal, o una figura progresiva de una ciencia que se refina y perfecciona con el tiempo o en una sola dirección. Y que ello tiene consecuencias en sus métodos y objetos de estudio.

Pese que a la distancia parezca que hemos optado por construir muros y luego saltarlos, hemos remitido a la historia de las disciplinas sociales para reconocer en ese trayecto la puesta en cuestión (o... puesta *entre paréntesis*) de la individualidad. No únicamente para disputar nociones puramente individualistas como la intención o motivación en sentidos psicológicos (luego expresadas en términos como el envejecimiento exitoso; todas ellas cuestiones políticas por estar ubicadas en el contexto racionalista y de la libre competencia), sino también para dar cuenta de que un organismo social no es *únicamente* la acumulación de intenciones individuales.

No obstante que hemos expresado un rechazo por los abordajes “*más psicológicos*” de la individualidad y la experiencia, hemos insistido en tampoco ser ajenos a las consideraciones psicológicas del envejecimiento en la medida en que, previo ejercicio de esclarecimiento, se han mostrado los fenómenos de la vejez como *necesariamente psicosociales*. Y es que, como vimos de la mano de Norbert Elias, una psicología entendida como ciencia social significa reconocer una realidad que le excede al individuo y una conexión de los individuos con las estructuras sociales de gran escala.

Y quizá, en un sentido limitado pero implícito, se encontró en este capítulo un esfuerzo y un deseo por reivindicar una psicología que no es psiquiátrica, que no es médica y que no es positivista, mediante una especie de retorno a las ciencias del espíritu. Ese posicionamiento irá mostrándose más claro conforme se expongan los procesos de subjetivación medicalizados y los aspectos cognitivos del deterioro, *contextualizados*, por decir un ejemplo, a través del concepto de las desventajas acumulativas.

Una última consideración para nada trivial que vale la pena rescatar es la cuestión de la configuración de campos de estudio como un posible síntoma del deterioro de las ciencias sociales o, por lo menos, de su operatividad. Esa hipótesis se entiende bien al contrastar las viñetas recuperadas por Bourdieu a propósito de epistemología, con la propuesta de Feyerabend (1986) de sustituir la idea de métodos por la de estrategias, junto con una transición desde una propuesta rigurosa y concreta de la ciencia hacia una más abierta y más “próxima a los mecanismos que operan en el arte”.

Si bien aquella propuesta no fue en su tiempo ni en el nuestro ajena a la controversia, sirve para comprender los esfuerzos por responder las grandes interrogantes sobre el conocimiento, que en este estudio atraviesan las nociones de individualidad y experiencia. Pero también sirve para contextualizar aquella aspiración presente tanto en Weber como en Freud, de la *Verstehen*, en un escenario que ha privilegiado las técnicas de inteligibilidad y exactitud —los... procesos de *hacer buena ciencia*— frente a la comprensión de los objetos de estudio que, paradójicamente, pasaron a ser marginales.

El ojo experto habrá notado la ausencia de la profundización en la ruta tomada por Bourdieu frente a las antinomias de objetivismo y subjetivismo (principalmente de la mano de su *habitus*). No obstante, esa ausencia es solamente momentánea —*hasta nuevo aviso*— puesto que se presenta de una manera más extensa en el siguiente capítulo.

Finalmente cabe decir que este ejercicio de dar-cuenta no es tanto una invitación a suscribir un mundo categorizado de manera dualista sino a evidenciar un sistema de pensamiento que no se adopta de manera ingenua o dogmática, y que precisamente se monta sobre la crítica de esa configuración. Y evidenciar los supuestos en los que tiene lugar la opción de una estrategia teórico-metodológica que responde tanto a una cuestión epistemológica como a una pregunta antropológica sobre la naturaleza humana.

Capítulo 4. El estudio social de la experiencia y vida cotidiana

Habiendo establecido el gran escenario de premisas que permiten concebir las categorías para el estudio social de la experiencia, es fundamental ahora dar a esa categoría —la experiencia— el tratamiento específicamente disciplinar y sociológico, y *genealógico*, para elucidar las concepciones teóricas que alrededor de la experiencia se han configurado, así como para abordar las consecuencias que tienen en el arco argumentativo de este texto, en particular aquellas de corte estratégico y metodológico.

De manera que este capítulo concierne de forma primordial a la fenomenología. En principio como el *sistema de pensamiento y proyecto filosófico* inaugurado por Edmund Husserl a propósito del estudio de la conciencia, y luego, en el campo de las ciencias sociales, como la *fenomenología social* que Alfred Schutz concibió al empatar la propuesta de Husserl con la sociología comprensiva de Max Weber.

En ese trayecto se revelan los conceptos fundamentales para ese estudio social de la experiencia, en particular el de *sentido* —dibujado tanto sobre la intencionalidad de la conciencia en Husserl, como sobre la acción social en Weber— como componente fundamental del orden social y de la construcción del mundo de la vida cotidiana, revelándose como concepto imprescindible para la referencia a las estructuras de intersubjetividad que intervienen en la construcción de la experiencia vivida.

También se aborda la propuesta fenomenológica original de Maurice Merleau-Ponty, a propósito de su consideración del cuerpo como punto de partida de la experiencia (aunque el cuerpo estaba ya presente en la fenomenología en Husserl, como lo mostraremos) para poder establecer las premisas sobre la comprensión del papel del cuerpo en las experiencias de envejecimiento, al ser este un fenómeno inescapablemente corpóreo.

De manera contrastante se revisan las críticas que hace Pierre Bourdieu a la fenomenología en términos amplios para, por un lado, reconocer el legado fenomenológico

(y en partir el de Merleau-Ponty) que hay en algunos de sus conceptos como los de prácticas corporales, hexis corporal y habitus⁷ pero, por otro lado, incorporar en el aparato teórico de esta investigación algunos de esos desarrollos por su rendimiento y vinculación con procesos macroestructurales. Dicho de otro modo, incorporar lo que de las soluciones frente a las críticas de subjetivismo son operativas para este estudio.

En los capítulos subsecuentes se anuda la pertinencia de recurrir al habitus de Bourdieu, vinculándolo con el gran proyecto enmarcado en la fenomenología. Para, por decirlo de una vez, poder dar cabida a la revisión de desarrollos más acotados que han sido propuestos a partir del habitus bourdiano y que son relevantes para este estudio, por ejemplo, conceptos como el de habitus generacional, habitus de edad y capital corporal.

En ese sentido, este capítulo pretende funcionar como preámbulo a los siguientes, en los que se pone de manifiesto la consideración sociológica del cuerpo no ya únicamente como fundamento de la experiencia sino también a propósito de otras características sociales, como lo son las identidades sociales contemporáneas *vehiculizadas por el cuerpo*, y la pregunta de la vejez como un destino del decaimiento biológico.

Si bien este no es un capítulo metodológico, junto con el anterior le da forma al espacio sobre el que se presenta la metodología. El propósito transversal del capítulo es, en todo caso, dar cuenta, desde sus orígenes, del entendimiento fenomenológico sobre el que

⁷ Aunque fuera Bourdieu quien le diera mayor visibilidad al concepto de habitus en la sociología contemporánea, no es un término acuñado, sino reformulado por él. El habitus estaba ya presente en literatura clásica, en Aristóteles (como hexis), luego en Tomás de Aquino, en Hegel, Husserl y también fue un término empleado antes de Bourdieu por Durkheim, Weber, Marcel Mauss y, vaya decirlo, también por Merleau-Ponty (Bourdieu, 2000; Crossley, 2007; Grange, 2009; Wacquant, 2016). Esta idea se expone más ampliamente después en este mismo capítulo.

luego se focaliza el estudio del envejecimiento, pretendidamente desde la perspectiva y experiencia en primera persona.

La fenomenología como un sistema de pensamiento

Para hablar de fenomenología conviene comenzar por el principio, *por lo más obvio*, recurriendo al sentido disciplinar del término adoptado inicialmente por Edmund Husserl (1859 – 1939) para proponer un campo nuevo del conocimiento: la fenomenología como *filosofía rigurosa inspirada en la ciencia* (Husserl, 2005, p. 20), construida sobre lo que para él representaba el problema fundamental: el del conocimiento.

La fenomenología en tal sentido se refiere, en primer lugar, al estudio de las estructuras de la conciencia del mundo, a la interrogación filosófica sobre la manera en que experimentamos los fenómenos del mundo, en términos trascendentales. Cuáles son las condiciones, características y estructuras trascendentales que son necesarias para que la experiencia sea posible.

Husserl había iniciado su carrera en las matemáticas y aunque estaba fascinado por los logros del pensamiento exacto, reparó en las limitaciones que tendrían las “ciencias rigurosas” para, *dice Schutz* (2003, p. 112): “conducir a la comprensión de nuestras experiencias en el mundo, cuya existencia aquellas [ciencias] presuponen de manera acrítica y pretenden medir con los recursos correspondientes a la escala de sus instrumentos”, lo que supone el fundamento de toda reflexión fenomenológica.

Para abordar esa cuestión, Husserl recupera la tradición filosófica que hemos identificado en el capítulo anterior con Kant, sobre el problema de la diferencia entre *fenómeno* y *nómeno*, aunque Husserl también recupera la concepción de la mente de Locke, el empirismo de Hume y, de manera extensa, la duda metódica de Descartes. Montado sobre esos pilares del pensamiento, la fenomenología en Husserl (2005) viene a representar la

vanguardia del pensamiento filosófico a propósito de la conciencia y la percepción, argumentando que los fenómenos percibidos no pueden ser un reflejo directo del mundo real, puesto que la percepción es una operación que tiene lugar en la conciencia. Es decir: viene a problematizar el hecho de que lo que experimentamos en la conciencia no necesariamente coincide con lo que efectivamente existe en el mundo — premisa que configura el eje principal de la discusión de Husserl entre ciencias naturales y filosofía. Y luego de la fenomenología social. Y luego de la sociología fenomenológica interpretativa.

Si bien el término *fenomenología* había sido utilizado con anterioridad en escenarios académicos, en Husserl adquiere el carácter específico para designar un tipo de pensamiento filosófico, una *Arbeitsphilosophie* o filosofía de trabajo (Wandenfels, 1997) (delatando su interés por concebir fundamentalmente un *método* —el fenomenológico—) que es al mismo tiempo una crítica de la racionalidad con la que busca realizar una reformulación completa de las ciencias, haciéndolas derivar de la filosofía devenida ciencia filosófica fundamental, universal y única.

Cabe notar que ese emprendimiento de empatar la filosofía con la ciencia tiene el antecedente de Descartes, cuyas meditaciones fueron consideradas por Husserl (2005, pp. 20–22) el “*prototipo de la reflexión filosófica*”, atribuyéndole a Descartes el “*germen de la fenomenología*”, la cual vendría a ser una especie de neo-cartesianismo (p. 41–43). No obstante, Husserl encuentra un defecto en las reflexiones cartesianas debido a que consideraba que no habían llegado al fondo de su análisis (Schutz, 2003), y las consideraba solipsistas debido a que la intención de eliminar todo aquello que daba la posibilidad de dudar no había incluido a la misma experiencia sensible, que está inscrita en el mundo de la vida.

Es decir, Husserl vino a mostrar que Descartes duda de todas las cosas menos de sí mismo, *de su propia duda, de su propia conciencia*: el juicio de Descartes incluye ya suposiciones previas, él estaba razonando de una manera, su razonamiento *tenía una*

dirección, y había que ponerla entre signos de interrogación. Lo brillante en Husserl radica en la necesidad de mirar hacia aquello que estructura el juicio.

Precisamente inspirado en el espíritu de las matemáticas, en “La filosofía como ciencia estricta” (Husserl, 1993) propone una crítica sobre los alcances de la filosofía, pues no había cumplido su promesa de dejar de ser una ciencia rigurosa en lugar de una “especulación argumentativa”. Cabe aclarar que su crítica no implica que la filosofía careciera de valor puesto que Husserl considera que la filosofía ciertamente arrojaba luz de maneras importantes; no obstante, lo hacía sin aspirar al rigor emblemático de las ciencias, caracterizadas porque tienen métodos y objetos de estudio delimitados y porque sus conocimientos son acumulativos.

Para ser (algún tipo de) ciencia, la filosofía debe, según Husserl, contener una reflexión crítica y llevar a cabo investigación metodológica profunda. Es imperativo distinguir que el interés no es convertir a la filosofía en una ciencia *natural*, puesto que filosofía y ciencia natural tienen una serie de diferencias radicales que no pueden pasar desapercibidas. En cambio, la pretensión se refiere a la estructura de la ciencia y no al tipo de razonamiento de fondo, puesto que su proyecto, de nuevo, está fundado sobre una crítica del conocimiento:

Casi ha venido a ser un lugar común de la filosofía de nuestro tiempo pretender ser ciencia rigurosa al afirmar que solo puede haber un método cognoscitivo común para todas las ciencias y, por tanto, también para la filosofía. Esta convicción cuadra perfectamente con las grandes tradiciones de la filosofía del siglo XVII, que también sostuvo que la salvación de la filosofía depende de que tome como ejemplar metódico a las ciencias exactas; ante todo, pues, a la matemática y a la ciencia matemática de la naturaleza. A la equiparación de método va unida la equiparación de objeto de la filosofía con las otras ciencias, y todavía hoy hay que señalar como opinión dominante la de que la filosofía —y, más concretamente, la doctrina suprema del ser y de la ciencia—, puede estar no solo relacionada con todas las restantes ciencias, sino, incluso, basada en sus resultados, del mismo modo que las otras ciencias están basadas unas en otras y pueden valer los resultados de unas como premisas de las otras (Husserl, 2015, pp. 31–32)

No es difícil reconocer en el fragmento anterior una herramienta conceptual que nos permite tamizar aquel asunto del capítulo anterior, sobre la cuestión epistemológica íntimamente vinculada con la ontológica a propósito de la individualidad, *que al elegir métodos se eligen también los objetos de estudio*. Y ello sirve para introducir una categoría que en Husserl representa un punto nodal: la *actitud natural* que está presente en las ciencias naturales; la actitud que no está preocupada por la crítica sino, precisamente, por las cosas dadas por la percepción.

Es posible introducir aquí el concepto de intencionalidad de la conciencia, un término que fue acuñado por Husserl para referirse a que la conciencia tiene necesariamente una dirección, que *siempre se es consciente de algo* (Schutz, 2003); cuando se dirige la atención debe ser *hacia algo*, pues no puede serlo de todo o serlo de nada, y esa direccionalidad de la experiencia se encuentra mediada por un marco referencial que existe previamente y que está a disposición del sujeto cognoscente. Se trata de una... *cosmovisión* que intenciona la experiencia a través de pensamientos, imágenes o conceptos particulares, de manera que la experiencia del mundo es en términos dados.⁸

⁸ A manera de viñeta, es interesante mencionar que la idea de la intencionalidad de la conciencia fue desarrollada por Husserl a partir de su contacto con Franz Brentano en el que, por cierto, coincidía con Sigmund Freud, contemporáneo de Husserl no solamente en términos biográficos sino también de trayectoria: Husserl publicó sus *Investigaciones lógicas* al mismo tiempo que Freud publicaba *La interpretación de los sueños* y originalmente llamó a la fenomenología la “psicología descriptiva” (Husserl, 2005). Si bien los desarrollos de Husserl y Freud son en apariencia opuestos —el primero sobre la conciencia y el segundo sobre lo inconsciente—, y los primeros fenomenólogos no se interesaron en el psicoanálisis, Karlsson (2010, pp. 1–5) señala que los fenomenólogos franceses de segunda generación —Paul Ricoeur, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty— estaban versados en ambas disciplinas; de este último recupera que expresa simpatía por el psicoanálisis aunque pone en evidencia la dificultad de empatar una noción como la de lo inconsciente (que estimaba idealista y trascendental) con su postura del sujeto encarnado en el mundo.

En la actitud natural (*Einstellung*) (noción que luego se encarna en el mundo de la vida cotidiana y el sentido común en la fenomenología social en Schutz), los juicios se refieren a aquello que está dado y que se ofrece por la experiencia directa. El conocimiento natural estaría interesado en lo que efectivamente existe y en los motivos que se hallan en las cosas; esa sería la lógica acrítica presente las ciencias de la naturaleza (Husserl, 2015, pp. 25–27), como la física, pero también de las de la naturaleza psíquica, como la psicología de su tiempo, así como de las ciencias ideales, como las matemáticas.

Eso puede comprenderse también como una crítica del naturalismo por parte de Husserl, así como de los intentos por reducir el mundo a estados específicos de la naturaleza y a su existencia física. *Si todo pertenece al mundo de la naturaleza*, dice Husserl (1993) *entonces todo puede ser estudiado con los métodos apropiados para estudiar ese mundo*, es decir, los de las ciencias naturales, que se refieren al mundo como dado previamente, siendo sus premisas e instrumentos elementos mismos del mundo. Pero —añade—, *nuestra experiencia puede ser fallida*. De tal manera que el conocimiento, *únicamente conocimiento humano* está ligado a las *formas intelectuales humanas* por lo que de ninguna manera puede alcanzar a las cosas en sí (Husserl, 2015, p. 29). Ello implica que para Husserl en la ciencia natural no puede estar la respuesta crítica sobre el conocimiento, puesto que la pregunta sobre *cómo es posible el conocimiento* no puede resolverse sobre la base de la percepción o de un saber ya dado: “(...) *que la teoría del conocimiento nunca jamás puede estar construida sobre ciencia natural alguna*” (Husserl, 2015, p. 43).

Si las ciencias naturales llevan consigo ese punto ciego, habrá que postular que la crítica del conocimiento tendrá que resolverse mediante la puesta en cuestión de todos los conocimientos mediante el método de la epojé (ἐποχή), o suspensión del juicio —*el método filosófico por excelencia*, según Husserl (1993)—, en el que se pretende poner entre paréntesis el mundo que se presenta.

Esto significa que la investigación fenomenológica (por lo menos en Husserl) no está adherida a lo empírico ni referida a los objetos de la naturaleza, sino a una subjetividad trascendente que concierne a lo ideal. De ello se deriva que la terminología precisa sería la de *fenomenología trascendental*. La mente, dice Husserl (1993), está estructurada por una serie de categorías, por lo que la fenomenología ha de referirse menos a los fenómenos o experiencias en sí que a esas categorías o estructuras que posibilitan la experiencia.

Es en este punto en el que podemos ubicar uno de los anclajes más concretos en los que se situará Schutz para elaborar su propuesta sociológica a la luz de la fenomenología pues, además, hace ecos en el tema de la tipificación al implicar que se infiere lo que no se experimenta a partir de lo que se experimenta, transfiriendo el conocimiento universal a los casos singulares.

El método de la reducción fenomenológica consiste, entonces, en suspender, poner en duda, o poner entre paréntesis, la creencia de la existencia del mundo externo: “*abstenerse intencional y sistemáticamente de todo juicio relacionado directa o indirectamente con la existencia del mundo externo*” (Schutz, 2003, p. 115). Consiste en trascender la actitud natural de aceptar el mundo como se presenta: “*poner entre paréntesis la sociedad, las instituciones (...) las proposiciones de todas las ciencias que se refieren a la existencia del mundo (...) mi mente, mi alma o como se prefiera llamar al esquema de referencia con el cual relacionamos nuestras experiencias del mundo*” (p. 116) dejando únicamente en el fondo la vida consciente.

Ese posicionamiento representa la extensión de la crítica de Husserl hacia la duda cartesiana que, en todo caso, falla precisamente en suspender el juicio:

Al considerar las múltiples posibilidades de error e ilusión, podría yo caer en tal desesperación escéptica, que terminara por decir: «para mí no hay nada seguro; todo me es dudoso». Pero, al instante, es evidente que no puede serme todo dudoso, pues,

al juzgar yo así —que todo es dudoso para mí—, es indudable esto: que juzgo así (Husserl, 2015, p. 36).

La crítica del naturalismo de Husserl se extiende desde el pensamiento científico hacia la actitud espontánea. En ello se encuentra implicada la diferencia entre la psicología naturalista —también interesada en la conciencia— con la fenomenología, pues la primera trae consigo una serie de asunciones que la segunda ha dejado en la puerta. Para reiterar, que la fenomenología no estudia la conciencia como un proceso psicológico-cognitivo y tampoco como una sustancia, sino en términos trascendentales y en la implicación de los conceptos de intencionalidad y sentido.

Por eso Husserl enfatiza que la experiencia de la naturaleza es eso, *una experiencia*. *Lo que se experimenta del mundo está adentro de uno*, no el mundo en sí, por lo que no se puede comenzar (por lo menos en Husserl) con la premisa de que la naturaleza tenga existencia. Lo que se puede hacer, en cambio, es partir de la premisa de una experiencia constituida intersubjetivamente.⁹

No obstante, cuando Husserl se refiere a lo trascendente también pretende dar respuesta a una pregunta latente en su exposición: aquella que concierne al origen de las estructuras o parámetros dados con los que es posible experimentar el mundo. Según él, aquellas estructuras tendrían origen precisamente en el terreno de lo trascendental, así como en las experiencias del pasado que permiten unificar el significado de la experiencia.

⁹ Aquí hay que advertir en contra de la ingenuidad de ciertos posicionamientos socioconstruccionistas inspirados en la fenomenología pues cabe aclarar que, si bien Husserl pone en cuestión la existencia del mundo, no lo hace en una negación ni afirmación, y que la pregunta que postula es sobre las maneras de la experiencia, de conocer el mundo. Por otro lado habría que adelantar que en Schutz, al introducir la categoría de la intersubjetividad con el interés en la experiencia de vida, una de las consecuencias más importantes implica que la facticidad del mundo no está en duda (por ejemplo ver Costelloe, 1996).

Esto en particular permite comprender posteriormente a Schutz a la luz del eje agente—estructura, en su relativo rechazo hacia lo trascendente en Husserl, así como también contribuye a comprender la naturaleza de la respuesta que se ofrece a las críticas y reclamos que Pierre Bourdieu tiene a propósito de la fenomenología.

El mundo de la vida cotidiana en la fenomenología social de Alfred Schutz

Notablemente Alfred Schutz (1899 – 1959) vino a poner en marcha los conceptos fenomenológicos en clave sociológica, al ser él también un estudioso sobre las fronteras entre la filosofía y las ciencias, en este caso sociales. Si bien Schutz no es el único autor (ahora vuelto) clásico que se propusiera emprender una sociología de la experiencia (comparte con Georg Simmel el interés por ilustrar los aspectos de la experiencia, la acción social y la subjetividad) (Wautier, 2003), el de Schutz tuvo la suerte de seguir los pasos de Husserl.

Schutz era seguidor de la fenomenología de Husserl pero también de la sociología de Max Weber, intereses que luego traduciría en una teoría original y orientación sociológica de gran alcance dentro de la llamada sociología interpretativa (May & Powell, 2008) para describir fenomenológicamente el mundo de la vida, analizando las estructuras sociales con énfasis en la subjetividad.

De Weber tomó el interés por la acción social como aquella acción de sentido y que se dirige hacia otros, aunque encontró su célebre definición que alude al sentido subjetivo (Weber, 2002) insuficiente. Posteriormente Schutz definiría la acción social bajo sus propios términos, en el marco de relaciones entre actores individuales que comparten la vida cotidiana, entendida como mundo de intersubjetividad que se experimenta como dado.

No obstante, inspirado en Weber, Schutz se interesó en comprender el significado subjetivo de la acción social en el marco del espíritu de las ciencias sociales. Esa comprensión, claro, tendría que ser en términos de la *Verstehen* —como en Weber—, es

decir, aquella orientación a comprender en un sentido interpretativo. Schutz haría embonarla con la intención de comprender el sentido y significado en la construcción del mundo de la vida cotidiana, lo que representaría la gran aportación de la fenomenología.

El concepto de mundo de la vida cotidiana es dibujado por Schutz de manera cercana al de la actitud natural, de Husserl, y a su mundo de vida (*Lebenswelt*), que es la realidad que se percibe de manera evidente y, como tal, representa el “*fundamento incuestionado de la concepción natural del mundo*” (Schutz & Luckmann, 2001, p. 25)¹⁰. En ese sentido, el mundo de la vida cotidiana es allí donde se suspende la duda sobre si el mundo realmente existe, de manera que representa *una primera epojé* (*epojé de la vida cotidiana* o creencia acrítica de la integridad del mundo) pues lo que se pone entre paréntesis es la actitud crítica, suspendiendo la duda de que el mundo que es familiar pueda no ser como se presenta en la consciencia (la actitud fenomenológica crítica equivaldría a una *epojé* de segundo grado o *segunda epojé*).

Incuestionado “*hasta nuevo aviso*”, el mundo de la vida cotidiana se revela como la realidad fundamental y eminente ante las personas adultas alertas, maduras y normales; es la realidad en la actitud de sentido común que se asume experimentada de igual manera por todos los demás en la medida en que los otros *poseen también una conciencia* y porque se asume también que *los objetos del mundo externo son iguales para todos y tienen fundamentalmente el mismo sentido* (Schutz & Luckmann, 2001, pp. 26–27).

¹⁰ Cabe hacer notar que la diferencia entre *mundo de vida* en Husserl y el *mundo de vida cotidiana* en Schutz —el segundo siendo un término mucho más restringido— lleva implícito un rechazo hacia el aspecto trascendental de la fenomenología en Husserl (Costelloe, 1996; Estrada Saavedra, 2000) en favor de una “versión de trabajo” de la suspensión del mundo empírico. Cabe decir que Merleau-Ponty también rechazaba el aspecto trascendental de la fenomenología, aterrizando la cuestión trascendental de la experiencia en el cuerpo.

El giro sociológico de Schutz implica que el mundo de la vida cotidiana no es únicamente el mundo de los sentidos ni de los objetos físicos, sino también el mundo social, mundo de los significados y patrones de interpretación que se encuentran en juego en las relaciones con los otros; se trata del mundo social que está dado de antemano y es histórico, por lo que el mundo de la vida cotidiana encuentra entre sus características la intersubjetividad (Schutz, 2003; Schutz & Luckmann, 2001, pp. 26–28) lo que supone que el mundo consiste de sujetos vinculados entre sí que comparten la realidad, y que los significados del mundo son esencialmente los mismos para todos *porque se comparten marcos de interpretación*.

Esa consideración diferencial permite comprender también la ubicación del ámbito de lo social en Schutz, *en el contacto entre sujetos*; la intersubjetividad del mundo de la vida cotidiana representa, también, la posibilidad de comunicación y la fuente de los esquemas de interpretación a partir de los que se da sentido a la experiencia (Sabido Ramos, 2012, p. 96).

La intersubjetividad es un concepto original en la fenomenología social de Schutz, misma que *“erradicaría la distinción entre mundo de vida y actitud natural”* (Costelloe, 1996); a diferencia del enfoque filosófico, concentrado en la abstracción del mundo de vida, la versión sociológica se interesa en los detalles de la experiencia vivida en el nivel de la vida cotidiana. De manera que, mientras en Husserl hay una distinción imprescindible entre la actitud natural y las estructuras de la consciencia (mundo de vida) que le subyacen, en Schutz, de nuevo, son *“casi indistinguibles”*.

Dos características más son de interés para el estudio de la experiencia corporal en la vejez: la primera consiste en que la actitud natural se determina por *motivos pragmáticos* (Schutz & Luckmann, 2001, pp. 37-38) que se constituyen para poder transitar el mundo y orientar la acción de modo rutinario: *“el mundo de la vida es, ante todo, el ámbito de la práctica, de la acción. Los problemas de la acción y la elección deben ocupar, por lo tanto,*

un lugar fundamental en el análisis del mundo de la vida". No obstante, que en la vida cotidiana imperen los motivos pragmáticos, ello no implica únicamente al pragmatismo corporal, es decir, que también se encuentran implicadas las acciones del pensamiento (luego esto también tiene ecos en Bourdieu).

La orientación pragmática ya implica a la fenomenología social de Schutz en las cuestiones de la corporalidad. El sentido, entendido como lo que posibilita la orientación en el mundo de la vida, de acuerdo con Schutz, está orientado por las prácticas que también *se encarnan, se convierten en parte del propio cuerpo* (Sabido Ramos, 2012, p. 135).

Por otro lado, el segundo punto concierne el ordenamiento temporal del mundo de la vida cotidiana (Schutz & Luckmann, 2001, p. 53-63); , implicando que es el ámbito de los actos corpóreos, entre sus detalles se encuentra que la experiencia de la continuidad del mundo tiene como escenario las experiencias de envejecimiento y finitud, es decir, la muerte.

Estas dos características (los motivos pragmáticos y el ordenamiento temporal del mundo), se entienden mejor a luz del concepto de acervo o *stock* de conocimientos, muy cercano al de ámbitos finitos de sentido. El acervo de conocimientos se compone de las asunciones sedimentadas que dirigen la acción: "*si las cosas son de tal y cual manera, actuaré de tal y cual manera*"; ese stock hace que no sea necesario detenernos a pensar soluciones frente a cada situación que se presenta sino que permite actuar con base en las experiencias previas y sirve "como esquema de referencia para dar el paso concreto de mi explicitación del mundo" (Schutz & Luckmann, 2001, p. 28).

El stock de conocimientos se compone tanto de experiencias propias como de experiencias *que los otros me han transmitido*, y se expresa en tipificaciones que se confía que "seguirán siendo válidas", a lo que llama Schutz, con Husserl, *la idealización del "y así sucesivamente"*. Esa idealización permite comprender en Merleau-Ponty el aspecto no mediado de la motivación expresada en los movimientos corporales, y derivar ese

pensamiento para entender cómo, por ejemplo, un bastón o cualquier artefacto utilizado por personas mayores para facilitar el movimiento, pasan de ser un instrumento a ser parte de la experiencia misma del cuerpo, como lo son también las experiencias de conducir un automóvil o escribir una tesis de doctorado empleando un teclado.

Cabe aclarar que frente a la experiencia del mundo como dado, *como naturaleza*, no se implica que sea estático. Eso se encuentra implícito en el concepto de que el mundo está dado “*hasta nuevo aviso*”, implicando que las tipificaciones y acervo de conocimiento pueden ser cuestionados cuando no son suficientes para afrontar nuevas experiencias. Se dice que se “*irrumpe el curso de la cadena de evidencias*” (Schutz & Luckmann, 2001, p. 33) con la necesidad de nuevas tipificaciones. Esto puede servir para luego comprender cómo la experiencia de ser viejo puede no corresponder con la idea o tipificación de la vejez que se encuentra en el stock de conocimiento de una persona que envejece.

Una noción cercana es la de provincias o *ámbitos finitos de sentido*. Schutz tomó la idea de subuniversos de realidad de William James (y, por tanto, es una idea nacida en la psicología) para proponer una constitución de experiencias armónicas y compatibles entre sí (Schutz & Luckmann, 2001, p. 43); la *finitud* de estos ámbitos implica que la compatibilidad interna puede ser incompatible con las experiencias de otros ámbitos, y que la transición entre ámbitos de sentido solamente puede ocurrir mediante saltos en estilos de vivencia, mediante experiencias conmocionantes, o mediante la alteración en la conciencia.

Todo lo anterior representa el modelo social en Schutz (2003), en el que la interacción humana típica se expresa en patrones significativos para los actores sociales que los originaron, construyendo a partir de esa intersubjetividad un modelo de mundo social.

Del idealismo en Husserl a la corporalidad en Merleau-Ponty

Ahora, esos patrones de significación pueden pasar a formar parte del propio cuerpo. Y esa es justo la aportación de Maurice Merleau-Ponty (1908 – 1961) a la fenomenología y a nuestro esquema de análisis para comprender la experiencia de envejecimiento, pues propone que la condición de la interacción social es la experiencia corporeizada.

Podría argumentarse que la temática del cuerpo se encuentra presente en la fenomenología desde el principio, en Husserl, puesto que consideraba que el cuerpo era la condición para transitar el mundo de la vida, además de estar presente en su pensamiento la pregunta sobre el papel corporal en la experiencia a la luz de la dicotomía cartesiana entre mente y cuerpo. No obstante, la concepción del cuerpo en fenomenología pasa de la periferia a la centralidad de la mano de Merleau-Ponty, junto con un aterrizaje (*encarnación*) de lo trascendente en Husserl, en el que la conciencia sería, en Merleau-Ponty, una conciencia perceptual que articula el cuerpo y el mundo.

Aunque en el siguiente capítulo se desarrolla ampliamente la relevancia del estudio de la corporalidad frente a indicadores de salud y enfermedad, y se consideran el placer y dolor como provocadores de la transformación en la experiencia corporal del mundo de vida (Higgs & Jones, 2009, p. 39), iniciar ese trayecto en Merleau-Ponty opera también como un recordatorio permanente en contra del reduccionismo, no ya únicamente biologicista sino también de corte social, en los que adquiere un carácter de idealismo y relativismo.

Para Merleau-Ponty (1997) el cuerpo obtiene la característica fundamental de la experiencia con la premisa de que *yo soy mi cuerpo y no un operador de mi cuerpo*; el cuerpo sería *la montaña desde la que experimento el mundo*. No obstante, como punto de partida de la experiencia también representa un punto ciego al no ser un objeto de percepción externa. Esto implica que la experiencia corporal solamente se hace presente o, dicho de otro modo, *pasa del fondo de la experiencia al primer plano*, en la medida en que la percepción se

sobresatura, por ejemplo, a través del dolor; y solamente en el primer plano de la experiencia el cuerpo pasa a tener consecuencias en la identidad personal y en la manera de involucrarse con el mundo (Crossley, 2012; Merleau-Ponty, 1997). De lo contrario solamente se encuentra en el fondo, en el punto ciego. Según Merleau-Ponty el cuerpo es, entonces, el punto de vista fundamental sobre el mundo, *el campo de nuestras posibilidades*.

La direccionalidad de la conciencia de Husserl está aquí presente: como no puede haber una percepción sin perspectiva, siempre es *desde un punto de vista*. Sin embargo, nuestro cuerpo es distinto de cualquier otro punto de vista puesto que *siempre podemos bajarnos de una montaña*, dejar de usarla como punto de vista y podemos hacerla un objeto de nuestra percepción. Pero nunca podemos bajarnos de nuestro cuerpo (Crossley, 2012; Merleau-Ponty, 1997), no podemos escapar de la perspectiva que nos ofrece y *es el punto de vista del que no podemos tener un punto de vista; es el punto desde donde nuestra percepción está indisociablemente entretrejida*.

Así, el cuerpo no solamente es el punto de vista fundamental, distinto a todos los demás, sino también su condición como objeto perceptible es puesto en duda puesto que hace posible la percepción de cualquier cosa. En ese contexto podemos recuperar la interpretación de Aho (2013) quien indica que la experiencia humana involucra el funcionamiento armonioso de cuerpo y mente, sensación y percepción, al grado de que uno no es consciente de los límites entre los dos excepto en instancias de reflexión o enfermedad.

Conviene también retomar la idea de que la intención, un recurso conceptual en la fenomenología desde Husserl, ahora adquiere la propiedad del movimiento corporal y no una causa independiente ni su antecedente. Lo que viene a reafirmar tanto la idea del cuerpo como fundamento de la experiencia, como la consideración de ser uno mismo el propio cuerpo en lugar de existir aparte de él, debido a que si los movimientos no tienen planeación (como se la tendría al mover un objeto externo), es la experiencia no mediada, la automatización del

movimiento, lo que pone en evidencia la imposible disociación: *yo me convierto en mi cuerpo y no existo aparte de mis movimientos*. Este es el punto que anuda el argumento anteriormente expuesto a propósito de la utilización de instrumentos para la movilidad en personas mayores, que pasan a ser experimentados como su propio cuerpo y movimiento.

Por otro lado, para Merleau-Ponty la percepción, en su forma más primordial, no es objetivación sino comunicación: una búsqueda de significado y de interacción en la que la percepción lleva más allá del objeto físico hacia su significado. En esa consideración podemos encontrar una coincidencia con la fenomenología social de Schutz, para quien el mundo de la vida cotidiana representaba un escenario en el que transcurre la experiencia desde la intersubjetividad, por lo que rechazar la comunicación del otro es objetivarlo.

No debe parecer como sorpresa que para Merleau-Ponty (1997) el punto de partida de reflexión fuera un diálogo con Descartes. No únicamente por el antecedente de quiebre de Husserl con Descartes sino también directamente con este último a propósito de sus consideraciones del cuerpo. Hay que recordar que en Husserl el quiebre estaba montado sobre los modos de conocer, las certezas, la duda, la *cogito*.

Pero en Merleau-Ponty el punto de partida es otro: para Descartes el cuerpo no es esencial (o es menos esencial que el alma) y tiene las características que luego Newton habría de describir para los objetos físicos (Crossley, 2012): tienen lugar en el espacio, se pueden cortar, se mueven al aplicarles fuerzas externas y obedecen las leyes físicas. El cuerpo entonces, en Descartes, viene a representar a los animales quienes, *solo cuerpo*, sin pasiones ni alma, *ni subjetividad*, serían como máquinas.

Un registro del cuerpo de esas características no podría dar cuenta exhaustiva de lo humano, por lo que Descartes considera la mente como concepto para dar forma al sujeto cognoscente y la experiencia subjetiva. La mente sería entonces la contraparte complementaria de los cuerpos y tendría las propiedades inversas a las de los cuerpos (*no*

tienen lugar en el espacio, no obedecen las leyes físicas...), siendo ese el paradigma cartesiano del sujeto dividido: Descartes argumenta que, al dudar de la existencia de su cuerpo, pero no de la de su mente (de sí mismo), estaría proporcionando la evidencia de una división entre mente y cuerpo.

Sin embargo, Husserl (2008) responde a Descartes que puede dudar de la existencia de su cuerpo sin dudar de su propia existencia *únicamente* porque el punto de partida es que ya está pensando su cuerpo en términos reductivos, *únicamente como materia*, como un objeto externo de percepción. Lo que la fenomenología plantea, a partir de Husserl (2008) y enseguida por Merleau-Ponty (1997) es que es una definición *abstracta* que enmarca (o *abstrae*) ciertas características del cuerpo que lo convierten en un objeto externo, un objeto de conocimiento, que tendría como consecuencia que se borrara la corporalidad de los actos y experiencias. Ambos autores hacen referencia al “otro lado del cuerpo” para referirse a las experiencias perceptuales que lo revelan.

La consideración del sujeto dividido en Descartes, donde es necesario concebir la mente para dar cuenta de lo humano capaz de tener experiencia subjetiva, opera como aquella abstracción, donde mente y cuerpo todavía siguen siendo conceptos que abstraen diferentes cualidades de lo mismo y, en ese sentido, Crossley (2012) señala que la lógica algebraica de un modelo como el “bio + psico + social” no solamente recoge el espíritu cartesiano sino que impide que se dé cuenta exhaustivamente de un fenómeno al documentar como diferentes partes que suman un fenómeno, en lugar de diferentes aspectos de un mismo fenómeno.

La consideración en Merleau-Ponty (1997) sobre las abstracciones (o representaciones) es que pueden ser útiles dependiendo de los propósitos específicos. Y en tal espíritu tenemos que reconocer que la consideración cartesiana de los cuerpos, *no es tanto equivocada como parcial*, y comprender a partir de ello su permanencia en el discurso médico

de la actualidad, pues es útil en muchos sentidos, *aunque no por ello sea menos una abstracción* (Crossley, 2012).

Las dificultades sobrevienen en la medida en que se ha posicionado como la *única* manera de dar cuenta de lo que es el cuerpo o de lo que le es más fundamental. Así podríamos comprender la mayoría de los desarrollos que en la actualidad se ostentan como novedosos a propósito de la subjetividad y corporalidad medicalizada, y en este caso a propósito de la vejez, también los intentos por aplazar indefinidamente la muerte mediante intervenciones biomédicas (lo que constituye el terreno de la *biomedicalización*).

Si bien es importante dar cuenta de una realidad socialmente construida a propósito del cuerpo reducido a la biología que se maneja en la mayoría de los discursos médicos, hay que advertir, junto con Crossley (2012), que los enfoques construccionistas sobre el cuerpo con frecuencia omiten que los cuerpos finalmente son objetos físicos que se pueden tocar y que tienen partes y órganos que funcionan como un sistema; que, a pesar de las distintas concepciones y representaciones sobre el cuerpo a lo largo de la historia y culturas, hay un objeto de experiencia subyacente compartido que se expresa en el primer plano a partir de la enfermedad y el dolor y que desde una epistemología construccionista es difícil de explicar, lo que evidencia a los modelos construccionistas también como parciales.

La intención ha sido hasta ahora introducir una serie de ideas originales de Merleau-Ponty para ubicarlas dentro del marco conceptual fenomenológico al poner en duda el discurso naturalista que se emplea en las concepciones del cuerpo utilizadas en el campo de la medicina (incluso en aquellas que se documentan más contemporáneas e incluyentes de otras dimensiones). En términos fenomenológicos diríamos que lo que se pone en duda es la actitud natural a propósito del cuerpo.

El cuerpo como una bisagra entre la fenomenología y el habitus de Pierre Bourdieu

Importa abordar, aunque sea de manera breve, la relación que existe entre Pierre Bourdieu (1930 – 2002) y la fenomenología para introducir ciertas categorías conceptuales de su pensamiento (principalmente la de habitus) y justificarlas, en lo que de otra manera parece ser una paradoja teórica puesto que Bourdieu (2007) fue un crítico severo de la fenomenología.

Pero también importa hacer esta escala para sostener el marco fenomenológico frente a esa crítica, no únicamente como un ejemplo notable de un comentario a propósito de la fenomenología como un subjetivismo, ni por la operatividad en su respuesta, sino *también* porque esa posición *contra* la fenomenología es una de las fuentes desde la que Bourdieu dibuja su categoría de habitus. Y encontraremos que en esa coincidencia hay un fuerte contenido a propósito del cuerpo, por lo que habitus representa un concepto operativo que en ningún sentido es despreciable en el plano sociológico de los márgenes de esta investigación.

Bourdieu era un conocedor de fenomenología: había leído a Husserl, a Merleau-Ponty, a Heidegger, a Schutz (de quien se expresa positivamente) y también de manera extensa a Jean Paul Sartre, pues la fenomenología existencialista era la vertiente y marco referencial “en apogeo” en la época que él mismo estudiaba (Bourdieu, 2000, pp. 17–20).

Ese *espíritu de época* permite comprender que fuera la fenomenología (y en particular la de Merleau-Ponty) la “primera apuesta metodológica” de Bourdieu (2000, p. 20; Dukuen, 2015) para superar la oposición entre *explicar* (correspondiendo al método de las ciencias de la naturaleza) y *comprender* (al de las ciencias del espíritu).

Ese es el escenario de la inquietud de Bourdieu sobre la fenomenología, en el que la considera uno de los ejes del análisis crítico que hace sobre las tradiciones objetivistas y subjetivistas en filosofía y ciencias sociales, donde su teoría propone llenar el vacío entre las dos “*corrigiendo los errores inherentes en ellos*” (Throop & Murphy, 2002) rechazando la

“*dualidad individuo/sociedad*” (Wacquant, 1992); y es precisamente la categoría de habitus la que le permite a Bourdieu “*romper con el paradigma estructuralista sin caer en la vieja filosofía del sujeto o de la conciencia*”.

Para Bourdieu los ejemplos paradigmáticos del subjetivismo serían la fenomenología, el existencialismo, la etnometodología, el interaccionismo simbólico, la teoría de la acción racional (Throop & Murphy, 2002; Wacquant, 2016), y su defecto consistiría en concentrarse demasiado en la experiencia individual y las interpretaciones del mundo social, sin voltear a ver las condiciones de esa experiencia. En esa consideración, Bourdieu expresa que el modo de pensar fenomenológico:

No puede ir más allá de una descripción de lo que caracteriza como propio de la experiencia "vivida" del mundo social, es decir la aprehensión de ese mundo como evidente, como que se da por sentado (...): si es así, es porque excluye la cuestión de las condiciones de posibilidad de esa experiencia, a saber la coincidencia de las estructuras objetivas y de las estructuras incorporadas que proporciona la ilusión de la comprensión inmediata, característica de la experiencia práctica del universo familiar, y excluye al mismo tiempo de esa experiencia toda interrogación sobre sus propias condiciones de posibilidad. En un sentido más profundo, es también porque, al igual que el conocimiento práctico que toma por objeto, excluye toda interrogación sobre sus propias condiciones sociales de posibilidad y más precisamente sobre la significación social de la epoché práctica que es necesaria para acceder a la intención de comprender la comprensión primera o, si se quiere, sobre la relación social completamente paradójal que supone el retorno reflexivo sobre la experiencia dóxica (Bourdieu, 2007, p. 44).

Y esa crítica está por todos lados en su obra. También en la *invitación a una sociología reflexiva* (Bourdieu & Wacquant, 2005) se habla de un “sesgo intelectualista” de la fenomenología que “*lleva a descuidar los fundamentos históricos de esta relación de coincidencia inmediata entre las estructuras objetivas y la supresión de su significación política, esto es, su despolitización*”.

Es importante no perder de vista que el descrédito principal estaba dirigido hacia la fenomenología existencialista en Sartre. Este punto es muy explícito en el *sentido práctico*

(Bourdieu, 2007), donde equipara al existencialismo subjetivista con una “antropología imaginaria”, no obstante que ese descrédito le ha servido para ampliarlo hacia la fenomenología en extenso.

Y es precisamente en el habitus, estrechamente vinculado con el concepto de prácticas, en el que Bourdieu pretende encontrar una respuesta frente a ese subjetivismo, pero también frente al estructuralismo (cuyo ejemplo paradigmático sería Levi Strauss) que también rechazaba. A través del habitus pretendía explicar la experiencia individual al mismo tiempo manteniendo una concepción del mundo de estructuras relativamente objetivas y fijas, enfatizando precisamente el sentido práctico (Bourdieu, 2013); en esa dirección, hablar de habitus “*es aseverar que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo. El habitus es una subjetividad socializada*” (Bourdieu & Wacquant, 2005, p. 186), es la “*orquestración sin conductor que sirve para dar coherencia, sistematización y consistencia a las prácticas individuales*” (Bourdieu, 2007).

Vendría a ser, habitus, el gran concepto para trascender aquella oposición al poder capturar “*la internalización de la externalidad y la externalización de la internalidad*” (Wacquant, 2016, p. 65), las “*maneras en que las estructuras sociosimbólicas se depositan en el interior de las personas en la forma de disposiciones duraderas o capacidades entrenadas y patrones de propensión a pensar, sentir y actuar de determinadas maneras*”.

Habitus no es un concepto original en Bourdieu. Es más, ya estaba en Aristóteles, quien introdujo los conceptos de hexis y habitus para discernir la naturaleza propiamente humana (*bios*) de la meramente animal (*zoe*) (Turner, 2008). Estaba también en Hegel, Husserl, Weber, Durkheim, Mauss, (Bourdieu, 2000; Crossley, 2007; Wacquant, 2016), es un concepto que ha... “*viajado de una disciplina o un campo semántico a otro, de la filosofía a la sociología y de regreso*” (Grange, 2009). Pero en Bourdieu adquiere un carácter sociológico, *estenográfico* (Wacquant, 2016), para utilizarlo para hablar no del sujeto

trascendental–idealista sino de agentes que actúan, resaltando la actividad humana en sentidos prácticos:

Se trata de retomar en el idealismo el “lado activo” del conocimiento práctico que la tradición materialista (...) le había abandonado. Construir la noción de habitus como sistema de esquemas adquiridos que funcionan en estado práctico como categorías de percepción y de apreciación o como principios de clasificación al mismo tiempo que como principios organizadores de la acción, era construir al agente social en su verdad de operador práctico de construcción de objetos (Bourdieu, 2000).

Esa insistencia sobre el sentido práctico (la *dimensión pragmática del habitus*) implica la configuración del cuerpo no únicamente como portador de significado, sino también como su fuente. De acuerdo con Wacquant (2016) el habitus es parte de una filosofía de la acción en la que el cuerpo socializado no es opuesto a la sociedad *sino una de las formas de su existencia*, aunque hay que advertir que ello no implica que sea un mecanismo autosuficiente para la acción puesto que las disposiciones están vinculadas con las posiciones que alientan o disuaden las capacidades e inclinaciones de los agentes.

Más aún, de acuerdo a la lectura de Marcoulatos (2001) el uso de la expresión “práctica” en Bourdieu se refiere a la eficacia de una presencia viva y a las funciones sociopolíticamente significativas y consecuentes que el cuerpo espontáneamente realiza; en tal contexto el habitus tiene el poder de contribuir de manera significativa a las instancias de la interacción social. Ello significa que, por más rechazo que expresara, Bourdieu implementó aspectos de la fenomenología y en particular aquellas consideraciones de Merleau-Ponty sobre los cuerpos.

Por lo demás parece que la cercanía entre la obra de Bourdieu y la de Merleau-Ponty en realidad no es un secreto. El mismo Wacquant, para ilustrar la genealogía y lógica del sentido práctico, se refiere a Bourdieu como *el heredero sociológico de Merleau-Ponty*, aunque sería un heredero:

Que innova de maneras que algunas veces son incompatibles tanto con el espíritu como la letra del trabajo del fenomenólogo. En particular, Bourdieu va más allá de la aprehensión subjetivista del sentido práctico para investigar la génesis social de sus estructuras objetivas y condiciones de operación (Wacquant, 1992, p. 20).

Es claro que el proyecto sociológico de Bourdieu considera, por decirlo de otra manera asequible, una mejor vinculación macro-micro. Pero en la consideración de Wacquant (1992) superar la fenomenología no significa “empujarla a un lado, sino (...) *fundamentar la intersubjetividad en las estructuras históricas objetivas, a través del análisis de la constitución del habitus*”. Hasta este momento podemos reconocer un reconocimiento de genealogía, y nada más.

Pero habría que poner entre paréntesis esa crítica, que no vale para extenderla del existencialismo a la fenomenología en Merleau-Ponty, o en Schutz, para quien el mundo de la vida cotidiana es claramente intersubjetivo y, por lo demás, histórico, en la medida en que existía antes de nuestro nacimiento, es interpretado y experimentado por nuestros predecesores, sucesores y se reproduce mediante prácticas (Schutz, 2003).

En todo el desarrollo de la intersubjetividad en Schutz se puede encontrar respuesta a la crítica de Bourdieu hacia la fenomenología, pero también en lo expuesto sobre Merleau-Ponty a propósito del cuerpo implicado en un contexto social e histórico del que uno recibe los elementos para generar sentido corporal y es posible hablar, en términos amplios, de la presencia de una subjetividad mediada por la estructura en fenomenología. Y con Dukuen (2010), queda simplemente señalar que ese dar-cuenta de la estructura presente en la fenomenología llanamente no satisface a Bourdieu porque no lo hace en sus propios términos.

El mismo espíritu de respuesta se encuentra en el ampliamente citado texto de Throop y Murphy (2002), quienes indican que Bourdieu hace críticas innecesarias a la fenomenología en su trabajo y que, *sin desestimar la influencia de Bourdieu en ciencias sociales*, su lectura

de la fenomenología tiene la falla fundamental de su interpretación como subjetivista —por lo menos en la extensión que lo hace—.

Dukuen (2015) recoge que Bourdieu *se muestra en deuda* con personajes como Durkheim, Weber y Bachelard, es generoso con sus agradecimientos, pero no los tiene hacia Husserl ni a Merleau-Ponty, a pesar de que representan un *antecedente clave* en su teoría.

Esa vinculación también está presente en ciertos aspectos, por decirlos de alguna manera, *prácticos*, y una de esas ubicaciones se encuentra en el contacto entre sujeto y mundo en el que está implicada la corporalidad. Esta idea se entiende mejor a la luz del concepto de hexis corporal, que se refiere a la función motora del habitus, a los:

Patrones de posturas que son al mismo tiempo individuales y sistemáticos, porque están vinculados a un sistema de técnicas que involucran el cuerpo y herramientas y están cargadas de significados y valores sociales; en todas las sociedades los niños atienden los gestos y las posturas que, ante sus ojos, expresan todo lo que se necesita para ser un adulto: una manera de caminar, inclinar la cabeza, las expresiones faciales, maneras de sentarse o usar utensilios, asociados a un tono de voz, estilo de hablar y —cómo podría ser de otra manera— cierta experiencia subjetiva (Bourdieu, 2013).

La hexis corporal se refiere a las maneras en que los individuos utilizan su cuerpo en el mundo vivido, las maneras de moverse, gestualizar, tener postura. Y al ser una parte del concepto de habitus, conlleva su carga estructural, refiriéndose a que son formas socialmente inculcadas y que tienen vinculación con aquellas categorías estructurantes, como la clase social. En este sentido podemos afirmar que el cuerpo es una consideración central en la teoría de Bourdieu, y reconocemos, con Wacquant (1992, p. 20) que Bourdieu trata, *igual que Merleau-Ponty*, al cuerpo no como un objeto externo sino como el receptor de una capacidad de entendimiento dotado de una potencia estructurante.

De manera que en Bourdieu nos encontramos, por decirlo de alguna manera, frente a un esfuerzo sociologizador de la fenomenología. Merleau-Ponty y Bourdieu son, en ese sentido, *complementarios* la medida en que, como expresa Marcoulatos (2001), Merleau-Ponty

pone en evidencia la agenda filosófica latente en Bourdieu, mientras que Bourdieu contribuye con una relevancia sociohistórica y política.

Direcciones

Para empezar por el final, cabe reconocer que en la última parte de este capítulo hemos privilegiado la noción de habitus por encima de la de campo en Pierre Bourdieu, a pesar del énfasis de utilizarlos en conjunto (por ejemplo en Castro & Suárez, 2018). Pero este ejercicio no ha sido un abandono de la “noción relacional” entre uno y otro concepto, sino que se ha trabajado de esta manera para dar cuenta del concepto de habitus a propósito de la fenomenología, a propósito de Merleau-Ponty y a propósito del cuerpo. Para sumar, en todo caso, una perspectiva y una herramienta teórica que permite perseguir, si no es que anudar, lo que ha sido hasta ahora el objetivo de este marco teórico: la posibilidad de dar cuenta de la experiencia subjetiva desde una perspectiva sociológica.

Especialmente a propósito del nexo entre Bourdieu y la fenomenología queda una deuda insalvable en los marcos de este proyecto (en la medida en que no ha sido ese su propósito). Pero un ejercicio teórico de esa naturaleza podría buscar encuentros y desencuentros en conceptos como el acervo de conocimientos como un tipo de capital, o el concepto de campo a la par de los ámbitos finitos de sentido.

Al revisar las cuestiones sobre concebir a la fenomenología como una perspectiva subjetivista hemos podido dar cuenta *de que no lo es*, especialmente en Schutz, quien de manera explícita pretende revelar las estructuras históricas de la significación. Schutz viene a mostrar que las experiencias subjetivas no son tan íntimas ni individuales, sino que están mediadas precisamente por el stock de conocimiento en ámbitos finitos de sentido. La significación del mundo implica la reproducción de ese stock de conocimientos que se va enriqueciendo, se va transformando, es intersubjetivo y, además, es *intercorporal*.

Cabe decir que la orientación *más* fenomenológica de este entramado teórico viene con la intención de dar cuenta de ese mundo intersubjetivo a la sombra de fenómenos como la medicalización, el poder del discurso médico, la *cuantificación del sí mismo*. Al emplear ese *marco teórico*, evidenciamos un interés en las narrativas de los individuos implicadas en la experiencia cotidiana que es contextual, social, histórica.

José Gaos en las notas a “Meditaciones cartesianas” (Husserl, 2005, p. 35) anuncia a Husserl como gran clásico a la altura de Aristóteles y de Hegel y “*el filósofo más importante de la actual edad filosófica*”. Si bien eso está sujeto a discusión, lo que sin duda alguna habría que reconocer es la deuda que las ciencias sociales contemporáneas tienen con la fenomenología y resaltar su herencia, en particular en sociología para superar el tratamiento de antecedente avergonzante con el que a veces se desdeña.

Por lo demás, parece que la noción de habitus es *casi fenomenológica* y especialmente al contrastarla con Merleau-Ponty. Es cierto que tildar el habitus de casi fenomenológico es, en muchos sentidos, injusto, *un exceso*. Especialmente si se considera la irrenunciabilidad de la noción de campo como segundo eje. Pero habría que pensar si no es solo injusto con Bourdieu, sino también con la misma fenomenología.

Este capítulo, junto con el anterior, representan el núcleo más teórico del marco sobre el que ahora es posible constituir y desarrollar los conceptos empleados para el análisis fenomenológico del envejecimiento de este estudio.

A manera de puente es pertinente recuperar de Castro (2018) que el estudio sociológico de la experiencia subjetiva debe contemplar la dimensión y estructuras del poder, y en particular para los contextos latinoamericanos deben situarse tres formas comunes a estos países, sobre las dimensiones racial-étnica, de clase y de género. Estas dimensiones (en particular las últimas dos) son incorporadas en el análisis de esta investigación, introduciendo a partir de ellas los contrastes que permiten identificar las condiciones de la experiencia.

Capítulo 5. Cuerpo, salud y sociedad

Este capítulo concierne a la óptica y estudio social del cuerpo, primero en términos generales y luego focalizando en la salud. No obstante que existen intersecciones y superposiciones inevitables entre ambos conceptos y los campos que a su alrededor se han construido, hay que reconocer que son, en efecto, *diferentes*, siendo la sociología del cuerpo un campo más emergente, al mismo tiempo que corresponde, como se verá, a una diversidad de aspectos que no se reducen a los de la salud.

La decisión de presentar de manera articulada cuerpo y salud responde tanto a motivos teóricos como empíricos, a decir, primero, que el de la salud es un campo más establecido en ciencias sociales que el del cuerpo, aunado a que, como se mostró en capítulos previos, la construcción de la vejez como problema social se ha configurado de forma cercana a preocupaciones de salud pública. Esta presentación responde a esa consideración de prioridades (no suscribiendo un juicio de valor sino refiriéndolo), especialmente al haberse identificado la prevalencia de diagnósticos crónicos como una característica transversal en la vejez, por lo que es pertinente observar los procesos de socialización a su alrededor.

Si bien en el próximo capítulo se presenta un análisis crítico de la perspectiva patologizante que equipara la vejez con la enfermedad (por ejemplo, con Tornstam, 2005), hay que dar cuenta de que hay una representación bien establecida sobre la última etapa de la vida asociada al declive corporal. Hace 4500 años, en Egipto, las máximas de Ptahhotep ya lamentaban la vejez marcada por el dolor y la debilidad; en la cultura griega, Hipócrates equiparaba la vejez con la enfermedad, catalogando las cataratas, nefritis, vértigo, apoplejía como “enfermedades de la vejez”, y Aristóteles pronunciaba el aforismo “senectus ipsa morbus est” (*la vejez es una enfermedad*) caracterizando los cuerpos viejos como fríos y secos (Achenbaum, 2007; Tornstam, 2005), todos ellos ejemplos de la visión tanto negativa como patologizada de la vejez desde los primeros registros históricos.

De nuevo, no se trata de suscribir esas visiones tanto como de mostrarlas a manera de evidencia de un traslape entre temas de vejez y afecciones corporales, en sentidos históricos y científicos, pero también de salud pública (y quizá todos ellos encadenados en una consecución), configurando el tratamiento de la salud no necesariamente como el más importante del cuerpo, pero sí como uno sustantivo, especialmente en la vejez.

Por otro lado, conviene recordar, de la mano de Merleau-Ponty, que si bien el tema central es el cuerpo como estructurador de la experiencia (y de allí a la identidad y otra serie de aspectos intersubjetivos), la manera de acceder a esa experiencia corporal ocurre cuando el cuerpo pasa al primer plano. Y a pesar de que los temas de cuerpo, identidad y sociedad *en otros grupos sociales identificados por la edad* suelen estar atravesados principalmente por las categorías de sexo y género y/o referirse principalmente a aspectos estéticos (como la modificación del cuerpo, tatuajes, perforaciones, cambio de sexo, así como la danza, performatividad creativa, etc.), en la vejez esa intersección (*cuerpo, identidad y sociedad*) está saturada de temas de las afecciones —por lo menos en la generación actual, dejando abierta la posibilidad de analizarlo como un tema de cohorte—.

De manera que parece lo más pertinente hablar del cuerpo enfatizando en gran medida los asuntos de salud también *por su engranaje con el tema de la vejez* —aunque todavía no remitiendo todavía a esa categoría, ni a la de retiro u otras cruciales para este estudio—.

Por otro lado, habría que advertir, con Nettleton (2010), que aunque hay un empalme entre la sociología del cuerpo y la sociología de la salud, suele tratarse de una subordinación conceptual y no en el sentido lógico de la salud como una subcategoría del cuerpo al ser uno de sus fenómenos, *sino al revés*, siendo esa subordinación el principio de un testimonio a propósito de una manera social de concebir el cuerpo. Y frente a esa advertencia habría que asumir una posición crítica.

Este capítulo tiene entre sus objetivos discernir los usos sociales del cuerpo y notablemente aquellos identificados mediante los conceptos de corporalidad y *embodiment*. También se trata de esbozar una genealogía de los conceptos salud y enfermedad para evidenciarlos como conceptos problemáticos, eminentemente sociales y, más aún, *sociohistóricos*, en contraste y por encima de concepciones naturalistas, individualistas y biologicistas, partiendo del desarrollo de estudios sociológicos de la salud primero cobijados bajo la sociología de la medicina y luego como sociología médica.

Con ello implicando que en el fondo —y en realidad también en la superficie— aquello asequible sobre el cuerpo que se encuentra atravesado por aspectos de salud y enfermedad se estructura en relaciones sociales en las que el discurso médico tiene un papel fundamental. En la medida en que ostentan una posición de poder, las premisas biomédicas sirven como telón para la medicalización de todo tipo de fenómenos de cuerpo, y en ese proceso las cuestiones del cuerpo se entremezclan inevitablemente con los de la medicina.

El capítulo aborda también el asunto de los determinantes sociales de la salud como una evidencia concreta de la distancia que hay entre la *actitud natural* a propósito de la salud y sus aspectos problemáticos, en la forma de las distribuciones heterogéneas de afecciones del cuerpo, expresando y reproduciendo la desigualdad social.

Finalmente, el capítulo lleva a la discusión crítica de ciertos conceptos ampliamente utilizados en el escenario de la vejez (aunque no exclusivamente allí) —paradigmáticamente el de *calidad de vida*—, configurados para poder dar cuenta del bienestar como una realidad que de otra manera es inalcanzable mediante el uso exclusivo del concepto de salud. Esta crítica desemboca en la evidencia de que esos conceptos finalmente conllevan contenidos ideológicos y prescripciones de la acción *intencionadas* —en la mayoría de los casos en sentidos reductivos—, todo lo cual se sedimenta en la forma de acervo de conocimiento que luego se incorpora en prácticas.

Esta discusión luego vuelve a cobrar relevancia en el capítulo 6, sobre la vejez, al analizar otros conceptos específicos que adjetivan el envejecimiento de activo, positivo o exitoso, dando forma a la expectativa de formas de transitar el mundo en la edad mayor.

El cuerpo está atravesado por la sociedad y la sociedad atravesada por el cuerpo

Lo más obvio es poner en evidencia que el cuerpo se encuentra atravesado por la sociedad. Eso no significa (únicamente) que la sociedad mediante ciertas variaciones en sus expresiones y fenómenos tenga incidencias en los cuerpos, por ejemplo, en la forma de desigualdades —lo que está mejor desarrollado bajo el concepto de *determinantes sociales de la salud*—. Se trata, en cambio, de dar cuenta de una relación compleja y contextual entre cuerpo y sociedad. Contextual en el sentido recuperado por Marinas (2004, p. 24) como no aquello que está alrededor —que serían las *circunstancias*— sino con lo que se está tejido de manera inseparable, el con-texto como... “*la tela blanca por entre cuyas hebras se desliza y se compone la figura de colores de un bordado*” [contexto del que] “*(...) si se sacan los hilos blancos, no solo se deshace la tela, sino que el bordado mismo desaparece*”.

Hablar de cuerpo y sociedad en este sentido implica que no se trata de un asunto únicamente biológico —*no dejando de lado que sí lo es*, por advertir de nuevo frente al construccionismo ingenuo—. Consiste en hablar (con Turner 2008) de la compleja relación que hay entre naturaleza y sistemas de significación y orden; traer al frente la tensión que hay entre pensar el cuerpo como un organismo vivo y como un producto social y cultural.

Se trata, también, de pensar las maneras en que la experiencia física del cuerpo se modifica por las categorías sociales a través de las cuales se le percibe, describe e interpreta, configurando un *cuerpo social* (Douglas, 1970, p. 70) impregnado, por ejemplo, por los “*miedos más profundos de la humanidad: el dolor y la muerte [que] desde tiempos inmemorables, desde antes de que fuéramos humanos, han intentado conquistarse*”.

Testimonio de ello es que el homenaje a los muertos ha sido considerado un indicador del comienzo de la civilización, en el que los más grandes monumentos de la antigüedad son sobre seres *que se consideraron dignos de vivir para siempre* (Douglas, 1970), mientras que en el mundo contemporáneo la ciencia médica se ha extendido en ese mismo propósito de anular el decaimiento corporal y retrasar indefinidamente la muerte a través de —como veremos más adelante—, la *bio-medicalización de la vejez*. De ello dan cuenta los desarrollos tecnológicos que han modificado de manera sustantiva las *antiguas certezas sobre el nacimiento y la muerte* (Nettleton, 2010), por ejemplo a través de la concepción asistida y otras tecnologías.

Por otro lado, por ejemplo con Bourdieu (2013), podemos hablar del cuerpo como un capital simbólico que sirve para determinar la posición de un agente en el espacio y que está fundamentado en la capacidad, fortaleza y belleza. Y a partir de esa interpretación comprender cómo a lo largo de la historia se han justificado desigualdades sociales *equiparándolas a desigualdades naturales fundamentadas en el cuerpo* (en aquella frontera entre sociedad y naturaleza en Turner, 2008), siendo que el componente corporal también es claro en las categorías de Castro (2018) para comprender la experiencia en contextos latinoamericanos, especialmente las divisiones sociales por sexo y etnicidad —categorías cuyas características *a la vista* son corporales— y, esta última estrechamente cercana a tercera categoría que es la de clase social.

Claramente la vejez como división social también presenta categorías corporales *a la vista*: el envejecimiento biológico está expuesto al escrutinio público porque se muestra en las superficies externas del cuerpo, donde canas y arrugas evidencian el proceso universal de envejecimiento. Pero sin significado natural, se les da sentido mediante los instrumentos conceptuales que se encuentran a la mano de una sociedad, pudiendo ser interpretadas en el

espectro de lo positivo-negativo, como la evidencia de una vida entre bien vivida que culmina en sabiduría, o como un testimonio de lamento y decrepitud (Featherston & Hepworth, 2007).

De manera que sea en una de esas dos consideraciones, micro-a-macro o macro-a-micro, nos encontramos en el terreno de un cuerpo que está entrelazado, atravesado y contextualizado por la sociedad de una manera inextricable. En Norbert Elias (2000) esa idea es absolutamente central al grado que explica que los esfuerzos mismos por *hacer sociedad* han tenido que ver con la subordinación *de lo que hay de naturaleza* en los humanos mediante la disciplina del cuerpo: las prácticas sociales de abstinencia en la dieta, impulsos sexuales, han estado vinculados estrechamente con esfuerzos por disimular las actividades que tienen una connotación animal: defecar, copular, masticar. La civilización... —diría Elias— comienza *cuando hubo más vergüenza*, cuando se disciplina al cuerpo y se empiezan a construir manuales sobre dónde defecar, cómo comportarse en las comidas, con quién dormir.

Lo que queda en evidencia, quizá, es no solamente que el cuerpo está atravesado por la sociedad, sino que *la sociedad también está atravesada por el cuerpo*, por lo que un estudio social de la experiencia, en términos generales, sería incompleto sin toma en cuenta las dimensiones corporales de la socialización.

De acuerdo con Nettleton (2010) ha habido 3 enfoques sociológicos principales para abordar la cuestión del cuerpo: uno interesado en la regulación social del cuerpo, el segundo sobre la ontología y construcción social del cuerpo, y el tercero de corte fenomenológico:

El primero, *de la regulación social del cuerpo* remite a Michel Foucault y la sociedad que vigila, regula y controla los cuerpos. Los estudios contemporáneos en este enfoque incluyen debates relacionados con la medicalización de los nacimientos y la muerte, como el tema de la eutanasia, igual que las maneras en que la ciencia médica ha controlado los cuerpos, especialmente los de las mujeres, por ejemplo en temas reproductivos (para un ejemplo en México, ver Castro & Erviti, 2015).

El segundo, *de la ontología y construcción social del cuerpo* trata las formas en que “los factores sociales y culturales dan forma a los cuerpos” (Nettleton, 2010). En este punto Bryan Turner (2008) ha expresado preocupaciones porque una postura “demasiado construccionista” ignora la importancia del mundo fenomenológico, argumentando que, aunque hay que dar cuenta de representaciones culturales del cuerpo que son históricas, también hay una experiencia de *incorporación* que solamente se puede entender al estudiar el cuerpo como experiencia vivida: “*los sociólogos pueden hablar, por ejemplo, de la ciencia dental que construye la boca como un objeto de estudio científico, pero eso no nos dice nada de la fenomenología de la experiencia de un dolor de muela*”.

Como consecuencia se encuentra el tercer enfoque, *fenomenológico*, que implica una consideración de *actores incorporados* que tienen voz y experimentan el mundo; un *cuerpo vivido* como parte imprescindible de la conciencia.

***Embodiment* o el cuerpo como vehículo de la agencia social**

Aquí conviene hacer un paréntesis. A pesar de que hemos proporcionado una serie de argumentos preliminares sobre la vinculación contextual entre sociedad y cuerpo, y que a partir de ellos podemos comprender el cuerpo como una categoría no únicamente biológica, conviene distinguir las diferencias conceptuales a propósito del cuerpo como *actante social* y el cuerpo como *vehículo de la agencia social* (Gilleard & Higgs, 2016).

En inglés hay dos conceptos bien establecidos en ciencias sociales para distinguir respectivamente esas dos acepciones del cuerpo social: *corporeality* y *embodiment*; el primero suele traducirse de una manera directa al idioma español como *corporalidad* sin problemas mientras que el segundo se ha traducido de manera inconsistente como *incorporación*, *in-corporación*, o inclusive *encarnación* (esta última más presente en textos traducidos del francés). De manera equívoca también se refiere al *embodiment* como

corporalidad, lo que impide distinguir conceptualmente entre corporalidad y embodiment, evidenciando en esos casos un importante vacío teórico.

En alemán, y específicamente en fenomenología, también hay dos términos para hablar de diferentes tipos de cuerpo: en Husserl (2005) encontramos una diferencia entre *Körper* y *Leib*, donde el primero se refiere al *cuerpo físico*, el que es objetivo, exterior e instrumental, mientras que el segundo concepto se refiere al *cuerpo vivo*, experiencial y animado. Un tercer concepto, *Leibkörper*, recupera la complejidad de un *cuerpo físico y vivo*. Si bien esos términos fenomenológicos en el idioma original no se pueden calcar de manera directa a *corporeality* y *embodiment* (o *corporalidad e incorporación*), lo que sí hacen es recoger la imposibilidad de concebir *una manera única* de dar cuenta del cuerpo en la que pueda ser comprendido como estable y asequible mediante la razón in-mediata.

También es importante advertir, en el contraste entre *Körper* y *Leib*, que de igual manera recoge la idea de que los cuerpos en la sociedad están intencionados. Por lo que distinguir los términos, sea en alemán o en inglés, implica hacer notar la diferencia entre tener o usar un cuerpo (biológico), y ser un cuerpo (social). Y, claro, recordar del capítulo anterior las consideraciones a propósito de *hexis corporal*, que también tienen ecos aquí.

El término corporalidad (*corporeality*) viene a significar el cuerpo cuyas acciones no están mediadas por la intención, mientras que en la incorporación (*embodiment*) sería lo que pone en juego el habitus de Bourdieu y en particular el *habitus incorporado*, es decir, el uso representacional del cuerpo como agente social que está implicado de manera intencionada y es inseparable de la identidad (Gilleard & Higgs, 2016), por lo que las acciones *incorporadas* se encuentran inextricablemente orientadas hacia lo social, involucrando las interpretaciones de los otros.

De manera sintética podríamos decir que la corporalidad provee el contexto de la incorporación y que la incorporación es contingente mientras la corporalidad no lo es

necesariamente. A propósito del envejecimiento diríamos que la corporalidad incluye las características que simplemente cambian con el curso de la vida, *con el paso del tiempo*, y podemos significarlos mediante conceptos como el de envejecimiento externo (aquel que está a la vista), o envejecimiento primario (aquel que es universal para todos), mismos que se desarrollan más adelante.

La erosión de las instituciones en la *sociedad somática*

Habiendo llegado hasta este punto, luego de transitar los fundamentos fenomenológicos del estudio de la experiencia de los primeros capítulos, no es difícil ver las raíces que el término *embodiment* tiene en el cuerpo experiencial de Merleau-Ponty. Y a partir de esa argumentación podemos hacer dos enunciaciones consecutivas: primero, que difícilmente se podrían hacer estudios de ciencias sociales sobre el cuerpo *que no sean sobre la incorporación* —o *que la tomen en cuenta* en el caso más moderado— y, segundo, que mientras esa incorporación se refiera al *cuerpo vivo y experiencial*, será necesario abordarlo atendiendo las premisas que la fenomenología expresó en ciencias sociales (fenomenología social, etnometodología, interaccionismo simbólico, análisis narrativo, entre otros).

Esa conclusión coincide con los desarrollos de Bryan Turner (1992, 2008), para quien el concepto de incorporación debe estar en el centro de cualquier intento de dar cuenta de la vida social —en términos amplios—, o de lo contrario se está partiendo de un sesgo. De allí que luego surja una apelación a una sociología del cuerpo en la forma de *sociología de la incorporación* (James & Hockey, 2007; Nettleton, 2010) basada en el análisis fenomenológico, para cubrir el sesgo mediante la inclusión de las voces de los *cuerpos como son en la experiencia*, al mismo tiempo que se busca la desarticulación de la subordinación conceptual del cuerpo bajo la salud.

Con esas premisas de fondo resulta imprescindible ahora concebir el contexto histórico y social de los estudios de esa naturaleza. Así como hemos referido, por ejemplo, que los aspectos del cuerpo y vejez están atravesados por las circunstancias de cohorte (que contribuyen a hacer de este momento experiencial irrepetible) por otro lado tendremos que reconocer que la diferencia clara entre corporalidad e incorporación es relativamente reciente, posible únicamente en las circunstancias en que el cuerpo emergiera en el primer plano de la experiencia social.

Se trata de poner en duda que siempre haya habido la posibilidad de hacer una diferencia entre corporalidad e incorporación, para mostrar la configuración de los contextos sociales, económicos y políticos concretos en los que el cuerpo pudo emerger como una parte central de la identidad y no únicamente un instrumento para el movimiento o la reproducción. Aunque esa idea se encuentra esparcida a lo largo de las ciencias sociales recientes, está desarrollada a profundidad bajo el concepto de *sociedad somática* de Turner (1992), al que la investigación social sobre el cuerpo remite casi inevitablemente, y que viene a empatar el contenido fenomenológico del cuerpo con una teoría de las instituciones.

Para Turner (2008) las instituciones son los puentes entre los humanos y los ambientes físicos con los que la vida humana adquiere coherencia, sentido y continuidad; son *el mundo cultural* creado para sustituir los instintos de los seres humanos que, *como seres deficientes*, que no son biológicamente aptos para enfrentar el mundo en el que fueron arrojados, por lo que su supervivencia requiere disciplina, entrenamiento y corrección —a la manera de Norbert Elias—.

Las instituciones (encargadas de esa disciplina y corrección) permiten (también) reducir la tensión en la vida cotidiana porque sedimentan o *fundan en el fondo* toda serie de asunciones que permiten construir los hábitos que definen la realidad social dada (Turner, 2008), es decir, se trata de las instituciones como constituyentes del sentido común —a la

manera de Alfred Schutz—, y en la construcción de tal sentido común es que el primer plano de la conciencia se ocupa de las actividades prácticas de la vida cotidiana.

Pero una vez que la modernidad tuvo entre sus consecuencias el gran proceso de desinstitucionalización, aquel fondo se vuelve menos confiable, más precario, y está más abierto a la negociación, haciendo que el primer plano de la experiencia se expanda, por lo que la vida se experimenta como más riesgosa e impredecible (Turner, 2008). La erosión de las instituciones —principalmente las *sagradas* como se explica enseguida— hace que la vida moderna se vuelva subjetiva, contingente e incierta. Por lo que las instituciones frágiles y continuamente cambiantes ya no proveen alivio psicológico, y el cuerpo emerge como el principal campo de la actividad política y cultural.

Cabe decir que con la presencia del concepto de regulación de los cuerpos queda expuesto el legado que hay de la biopolítica de Foucault (2003) en Turner —en otra convergencia a propósito de cuerpo y salud— aunque con notables diferencias: en la biopolítica esa regulación tenía por objetivo la satisfacción del estado burocrático mediante cuerpos aptos para fábricas, escuelas y prisiones, mientras que en las sociedades contemporáneas el control se desenvuelve en el contexto del consumo y la tecnología.

Debido a que la regulación de los cuerpos es esencial para la estructuración y mantenimiento del orden social, en la sociedad somática, a nivel macro, las preocupaciones principales no descansan ya en la producción, sino en la *re-producción*; en la regulación de los espacios y las tensiones entre habitus y cuerpo vinculadas con aspectos como la educación sexual, la repartición de condones gratuitos y también jeringas limpias (Nettleton, 2010; Turner, 1992, 2008); de manera que en la sociedad somática el cuerpo es al mismo tiempo una restricción y una resistencia.

De allí que en el advenimiento de este escenario, donde la incertidumbre es cada vez más la norma, el cuerpo venga a representar una posibilidad, un... *ancla de sentido* y el más

representativo recurso de identidad social y personal (Nettleton, 2010) pero también un freno, un *obstáculo de crecimiento* (Turner, 1992) en los dos polos de la escala (micro y macro): a propósito del envejecimiento se puede comprender, por decir un ejemplo, que la identidad de una persona que envejece se reestructura primero a la luz del cuerpo que envejece y luego a la luz del discurso social sobre ese cuerpo. En la segunda escala ello se ilustra en la cuestión del envejecimiento demográfico entendido como una limitante del capitalismo por la dependencia, las pensiones, el retiro y toda serie de consecuencias sociales que tienen como escenario el cuerpo y devienen consecuencia del envejecimiento y la enfermedad crónica.

Habría que agregar que la consideración negativa de la vejez no sería únicamente una característica de los grandes procesos económicos y sociales: *la cultura somática en sí se ha construido alejada de la vejez* (Gilleard & Higgs, 2016) pues en la medida en que el cuerpo ha emergido como un significante de distinción social que se reproduce a través de las imágenes del cuerpo con énfasis en el placer, el deseo, la juventud, la salud y la belleza, esas características se han convertido en idealizaciones del cuerpo como expresión de la identidad y el principal capital personal con el que se transita el mundo.

También decir, habiendo introducido el poder en la discusión de la sociedad somática, que Turner (2008) remite a la discusión sobre la diferencia entre el poder simbólico y el físico (de la mano de Weber aunque también tenga ecos comprensibles mediante los conceptos de Bourdieu), con dos instituciones que las ostentan respectivamente: la iglesia y el estado. La iglesia tendría el poder simbólico para dar orden a sociedad e individuos mediante los rituales, mientras que el estado tiene el poder de disciplinar a través de la ley y la coerción.

No obstante, en el proceso de la desinstitucionalización de la vida contemporánea, el poder de la iglesia sufrió una erosión significativa. Esa *secularización de la sociedad* ha sido el escenario para la transición del poder simbólico sobre los cuerpos de la religión a la profesión médica (Nettleton, 2010; Turner, 2008), dejando el espacio moral a la autoridad

científica, junto con cuatro tareas centrales para el orden social: la reproducción, regulación, restricción y representación del cuerpo. Esta lectura sirve de preámbulo para luego abordar los temas de medicalización y el rol de la profesión médica en el campo social de los cuerpos.

Sociedad y salud

La discusión sobre sociedad somática ha dejado en el fondo y de manera provisional una serie de preguntas sobre cómo se sostiene y vive el cuerpo en la vejez, siendo que lo hemos identificado como el recurso personal más significativo para transitar la sociedad, y que en edades avanzadas está marcado de una manera más explícita y *natural* por las afecciones y la finitud, lo que justificaba el tratamiento articulado de los temas de salud.

Por otro lado, este planteamiento deja abiertas las cuestiones sobre el rol social de los viejos en una sociedad donde el cuerpo tiene un papel tan significativo en el mantenimiento de las estructuras, y particularmente sobre la experiencia subjetiva de ese lugar.

Para abordar esas cuestiones conviene poner en evidencia una serie de destinos que ha tomado el pensamiento social a propósito de la salud, y decir —*denunciar*— que, en todo caso, no hay nada de ingenuo a propósito de la salud —y por consecuencia la enfermedad— comprendida como categoría. Que en su construcción operan una serie de vicisitudes a propósito de cómo se interpreta el dolor, la anormalidad, la anomalía, o el placer y el “*silencio del cuerpo*”, en los que de manera inevitable la institucionalización de la profesión médica ha tenido un efecto constituyente.

Eso implica reconocer que salud y enfermedad son realidades cuyos significados no están dados por la naturaleza, sino que les son atribuidos y que se construyen intersubjetivamente. A pesar de que la mayoría de las veces tienen correlatos orgánicos (por no perder de vista la existencia de un *Körper* y de la *corporalidad*), están inevitablemente alimentadas por el acervo de conocimiento que le dan forma. Cabe aclarar que una cosa es

decir que la salud no es únicamente un asunto biológico (enunciado que no es demasiado controversial como se explica enseguida) y otra cosa es que rechacemos una visión naturalista sobre la salud, en los términos fenomenológicos expresados en el capítulo 4.

Mostrar la pertinencia de un análisis social de la salud comienza a con dos razones que derivan directamente del marco normativo de la Organización Mundial de la Salud. La primera de ellas concierne la definición misma de salud como un “*estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*” (OMS, 1946). Esta definición, por un lado, se trata del bienestar, mediante una definición positiva que contrasta con anteriores definiciones (“*la salud no es la enfermedad*”) y, por otro lado, representa un cambio de estrategia: de focalizar la intervención en salud como la eliminación de enfermedades hacia la promoción de salud mediante estilos de vida positivos, lo que de otra manera se puede leer como la disminución del énfasis de los aspectos físicos al colocarlos junto a los mentales y sociales.

La segunda razón concierne el amplio reconocimiento de que no se pueden atribuir todas las diferencias en salud únicamente a aspectos biológicos (tanto en el nivel poblacional como en el individual), y de hecho se reconoce la existencia de factores o *determinantes* sociales de la salud: la OMS (2015a) habla de que la pobreza, exclusión social, precariedad de vivienda y la falta de acceso a sistemas de salud de calidad se encuentran entre las *principales* causas de las dificultades en salud.

Esa observación se utiliza para subrayar la necesidad de articular aspectos sociales en las estrategias de tratamiento y prevención. No obstante, son apenas herramientas demográficas que pueden ser pensadas con teoría social y, dos cosas, por un lado, problematizar las propias categorías que operan en el estudio de la salud y la enfermedad y, segundo y probablemente más importante, poner en perspectiva el conocimiento médico como un gran estructurador de la realidad corporal y la experiencia (Castro, 2013).

La salud como concepto problemático

Existen por lo menos 2 tradiciones teóricas principales cuando se trata de trazar la genealogía de los estudios sociales de la salud: una de ellas encuentra a su fundador en Talcott Parsons y, la otra, de tradición francesa, vino a tomar forma principalmente a partir de los desarrollos de Georges Canguilhem y luego Michel Foucault.

Así, los primeros estudios *sociológicos* en el campo de la salud se le atribuyen a Talcott Parsons (por ejemplo, ver Timmermans & Haas, 2008) quien originalmente abordaría los roles y las relaciones entre médicos y enfermos, por lo que su enfoque sería más el de una *sociología de la medicina*, que es importante distinguir de la sociología de la salud o *médica*: la primera está implicada eminentemente en el estudio de la profesión médica, contextos hospitalarios y servicios de salud, mientras que la segunda implica la observación de que la enfermedad trasciende los ámbitos hospitalarios, extendiendo el análisis hacia, por decir un ejemplo, la experiencia de la enfermedad (ver Higgs & Jones, 2009, pág. 3).

A pesar de una renuencia por referir a Parsons en ciertos contextos académicos, hay tres ideas de él que son de interés para un estudio como este y que son completamente homologables a los desarrollos franceses que se explican enseguida.

En primer lugar, se trata de un rechazo de la visión reductiva de la enfermedad a la patología fisiológica y biológica, pues existen factores en términos de la acción que están involucrados en la etiología de muchas enfermedades. De manera que, si la etiología no se encuentra únicamente en el nivel biológico, existe la posibilidad de trascender este nivel también en sentidos terapéuticos. Parsons abogó por una dimensión psicosocial de la enfermedad, buscando colocar el concepto de “procesos psicogénicos” para pujar por la colaboración entre científicos sociales y biológicos para combatir los problemas de salud (Parsons, 1978; Timmermans & Haas, 2008).

En segundo lugar, se trata de un modelo en el que los médicos funcionan como cuidadores (*gatekeepers*) encargados de restaurar la funcionalidad al comportamiento desviado de los enfermos. En ese modelo, médicos y enfermos estarían involucrados en una relación performativa de roles situados históricamente y que darían noción de las expectativas normativas de época de la enfermedad (Parsons, 1978; Varul, 2010).

En tercer lugar, y recuperando el énfasis en la performatividad, se trata de concebir la enfermedad *como una desviación social*, una *perturbación* que impide que se lleven a cabo tareas que son socialmente valoradas. Un enfermo no puede cumplir las expectativas de su conducta, por lo que el problema de la salud está íntimamente involucrado con los requisitos funcionales de un sistema social (Parsons, 1978, 1999; Varul, 2010). Sin embargo, una característica distintiva frente a otros roles con la misma consecuencia (como el crimen), radica en que no deriva de la indiferencia a las normas. Pero habría que notar que, al ser una desviación, la enfermedad provoca rechazo que aumenta la propensión a la exclusión social.

Parsons introduce una definición de enfermedad que coincide con la definición de la OMS (probablemente haya sido dibujada a partir de ella) al decir que la enfermedad es un estado de perturbación del funcionamiento normal del humano individual total, incluyendo su organismo como sistema biológico y sus ajustes sociales y personales (Parsons, 1999). De esta manera el binomio salud/enfermedad se define como parcialmente biológico y parcialmente social, y es la participación en un sistema social que demuestra su relevancia.

Partiendo de un lugar completamente diferente, Georges Canguilhem (1971) argumenta que el concepto de salud no es propio de los especialistas y de las autoridades de la salud —médicos y fisiólogos—, sino que compete a todos los humanos *dado que compartimos las mismas condiciones de dolor y sufrimiento*. Que, como todos estamos involucrados en la salud, este no es un concepto científico, sino *vulgar* (mas no por ello trivial), y que está al alcance de todos, *pues la patología antecede a la fisiología, o el dolor*

es anterior a su descripción. En este sentido, la salud no corresponde al saber de tipo mecánico en Descartes que equipara la salud con el funcionamiento del cuerpo, pero también es la antesala del cuestionamiento sobre la descripción (categorización) de los fenómenos anormales como enfermedades en el proceso de la medicalización. Tomando esa consideración como punto de partida, la salud tendría que ver, no con las categorías sino con las experiencias del cuerpo subjetivo, como el dolor y el placer.¹¹

Según Canguilhem, la salud escapa de la lógica de los cálculos y es ajena a la determinación preestablecida, pues lo patológico y lo sano *son opuestos cualitativos*. Argumentaba que la anomalía no siempre es una enfermedad y lo es solo en la medida en que cause sufrimiento, dolor o impotencia. En la lectura de Canguilhem se diferencian los conceptos de normal y saludable, siendo lo normal lo que está adaptado al medio y es compatible con la vida. Pero lo normal y lo patológico no están separados, pues lo normal no determina lo que es válido para una especie, sino *“la flexibilidad de una norma que se transforma en relación a las condiciones individuales; entonces es claro que el límite entre lo normal y lo patológico se hace impreciso”*.¹²

¹¹ Roger Bastide (1983, pp. 21–22) recupera una crítica de Comte en la que indica que los médicos debían ver simultáneamente el cuerpo y el alma (y por ello remitir a la sociología): “[Comte] *ha sido tan severo con los médicos como con los abogados —porque no estudian en nosotros más que al animal y no al hombre. Lo que hace que merezcan más el título de veterinarios que el de médicos (...) puesto que el hombre es el más indivisible de los seres vivientes, quienquiera que no estudie en él el cuerpo y el alma simultáneamente, no puede formarse de él sino nociones falsas y superficiales*”. Este comentario suma una viñeta en la argumentación sobre las consecuencias de la medicalización.

¹² Esta dificultad por concebir de manera delimitada lo normal y lo patológico puede también ilustrar la diferencia entre los conceptos de *padecimiento* (illness) y *enfermedad* (disease), donde el primer término hace referencia a un malestar subjetivo y la experiencia, mientras que el segundo se refiere tanto a una lesión objetiva como a una afección conceptualizada bajo los términos de una (ver, por ejemplo, Conrad & Barker, 2010; García Campayo, 2015). Es la traducción de padecimientos en enfermedades un asunto mayor, lo que ocupa en términos generales el concepto de medicalización.

Por otro lado, la salud no se refiere a la posibilidad de vivir o adaptarse al medio, sino a la capacidad de instituir nuevas normas. El concepto de salud, en este sentido, debe ser lo suficientemente maleable para incluir anomalías y variaciones dentro del espectro salud-enfermedad. Ello implica que no haya lugar para una definición universalmente aplicable de salud, pues lo normal incluye fluctuaciones y nuevas posibilidades. En esta lógica, la función de los médicos no sería la de autoridades, sino la de los clínicos que interpretan síntomas y ayudan a dar sentido sobre los padecimientos a los sujetos que los consultan.

Esta manera de concebir la anormalidad es de lo más interesante, por ejemplo, para comprender cómo una experiencia compartida por los sujetos estudiados en esta investigación dio cuenta de una especie de *dolor positivo* que se asociaba con el funcionamiento del cuerpo (otra manera de decir que no era un dolor patológico), inclusive en casos donde el dolor claramente era producto de una lesión corporal que estaba matizada por el contexto social y la expectativa de rendimiento.

En una posible convergencia, Bastide (1983, p. 90) se pregunta sobre la condición de la patología, argumentando que lo normal es meramente aquello que se conforma a un sistema de normas de una civilización dada. De modo que, al pertenecer un enfermo y un médico a la misma civilización, se suscriben a un mismo sistema de normas.

Los desarrollos de Canguilhem continuarían influenciando a las generaciones siguientes de pensadores franceses, de manera notable a Foucault (2012), quien señalaba que para cada época y lugar existen conceptos de salud y enfermedad, y que las correspondientes prácticas médicas y sistemas terapéuticos están determinados culturalmente.

Esa declaración es parte del proyecto más amplio de Foucault de evidenciar que históricamente no ha existido un saber único, sino una pluralidad de saberes que han sido desplazados y jerarquizados, donde la producción de discursos de la verdad es un instrumento

de poder que, mezclado con las consideraciones de la salud, esta producción se profesionaliza mediante la ciencia, a la que se está sometido del mismo modo que a la ley (Foucault, 2003).

De acuerdo con Foucault (2003) en la sociedad de la normalización hay 2 fases superpuestas del ejercicio de las tecnologías de poder: anatomopolítica y biopolítica. La primera, *disciplinaria*, se introduce en el siglo XVIII y está centrada en el cuerpo, con el interés en vigilar, adiestrar y castigar a los individuos. Es a partir del siglo XIX que emerge la segunda etapa, *regulatoria*, dirigida a la especie, y poblaciones, cuyo interés sería el de controlar y modificar los procesos de vida, como las tasas de nacimiento y muerte, los procesos de reproducción y longevidad.

En la biopolítica la aspiración es a la regulación del equilibrio y homeostasis global y hace de los fenómenos imprevisibles de la salud individual, fenómenos globales y colectivos, con el fin de controlarlos en función de sus efectos económicos. Su acción consiste en manipular los fenómenos azarosos de los sujetos vivos y regularlos a través de mecanismos globales pero sutiles, como las instituciones asistenciales y la administración del sufrimiento. Foucault, en esta línea, describe que la medicina tiene un lugar privilegiado por su capacidad de actuar simultáneamente sobre el cuerpo y la población.

Medicalización o el proceso por el que las condiciones devienen enfermedades

Un concepto contemporáneo y ampliamente utilizado que pone en evidencia esa *acción regulatoria* es el de *medicalización* que, en términos generales, significa “hacer médico” (Conrad, 1992). Como concepto ha sido trabajado de manera seminal por Peter Conrad, quien lo define como el proceso por el que problemas no-médicos se definen y tratan como problemas de la medicina, usualmente en la forma de *enfermedades* o *desórdenes*, implicando que usualmente es requerido el tratamiento médico (Conrad, 2015; Conrad & Bergey, 2015).

Si bien analizar el proceso de medicalización es fascinante por sí mismo, implica una serie de consecuencias sociales, especialmente en los términos de la patologización de las diferencias humanas y la individualización de los problemas, concibiéndolos de manera ajena al contexto social y político.

La medicalización es un asunto clave de la sociología médica y conlleva un peso analítico que se ha extendido hacia la historia, la antropología, la bioética, economía, feminismo (Williams, Coveney, & Gabe, 2017); especialmente porque se extendió de un análisis de la desviación hacia otras condiciones médicas y de allí hacia otros procesos “naturales” como los nacimientos y la menopausia, así como a fenómenos psicológicos y experiencias del cuerpo que no estaban antes en el ámbito conceptual o terapéutico de la medicina (Davis, 2010), y que ahora son interpretados como condiciones médicas.

El término medicalización comenzó a utilizarse en la década de 1970, aunque en la década anterior se encuentran sus antecedentes clásicos, en Foucault, pero también en Iván Illich, quien se manifestó en contra del imperialismo médico, el establishment médico y las prácticas médicas iatrogénicas (Davis, 2010).

Los pensadores de la segunda ola sobre la medicalización, incluyendo a Goffman, Szasz e inclusive Parsons, centraron su interés en la desviación y el control médico, donde los practicantes de la medicina actúan como legitimadores de la enfermedad y de paso liberando de responsabilidad al enfermo en aquella analogía con el criminal, implicando una transición de categorías morales de lo “malo” a lo “enfermo”: *“a lo que una vez fue inmoral, pecaminoso o criminal se han asignado significados médicos”* (Davis, 2010).

De manera más contemporánea el concepto está presente en Peter Conrad, como ya se mencionó, y en Bryan Turner. Y el foco se ha puesto sobre la cuestión de etiquetado o, más precisamente, a la *definición* de las condiciones médicas, entendible de manera clara en la distinción analítica entre los conceptos de padecimiento (illness) y enfermedad (disease)

donde, mientras que el primero se refiere a la experiencia, el segundo lo hace a una categoría de estudio de un fenómeno que ha devenido medicalizado (Conrad & Barker, 2010), constatando que el diagnóstico médico forma parte de la experiencia de la enfermedad, y que los médicos operan como intermediarios entre el discurso experto y la experiencia individual.

El tema de la medicalización en todo ese trayecto ha remitido de manera clara a los parámetros de normalidad y anormalidad comprensibles mediante el pensamiento de Canghuilem, aportando registros de poder —y *jurisdicción*— de la medicina para ejercer el control social institucionalizado. Y es que el papel de la medicina como institución no solo científica sino también moral es muy claro a la luz de la sociedad somática de Turner, quien indica que la medicina es *al mismo tiempo una disciplina y una cosmovisión* (Turner, 1987), descrita de igual manera como una *práctica institucional* (Davis, 2010) y una *autoridad cultural* (Conrad & Bergey, 2015).

De acuerdo con Conrad (2015) la medicalización ocurre en grados: de mínima medicalización (en fenómenos como la adicción al internet) a completa medicalización (la esquizofrenia, por ejemplo), habiendo algunas condiciones debatibles en el centro (como la obesidad), implicando que la medicalización es menos una distinción binaria que una continuidad; por otro lado, también es un proceso bidireccional, donde un fenómeno puede ser des-medicalizado (como célebremente se desclasificó la homosexualidad como un trastorno médico en la década de 1980) y re-medicalizado.

No obstante, hay en la literatura visiones ligeramente contrastantes —aunque de manera significativa—, a propósito del papel del estudio y crítica de la medicalización: mientras que en Turner (1987) hay una dimensión claramente política en su apelación a una sociología que se posiciona *para diseccionar la ciencia médica en la medida en que ostenta un poder, y no nada más atender a la enfermedad como una realidad biológica*, la visión de Conrad sobre la medicalización —por lo menos la más reciente— se posiciona de una manera

más neutra, argumentando que la medicalización se refiere a un proceso y que tiene la misma estructura que otros procesos, como la industrialización, la urbanización o la secularización (Conrad & Bergey, 2015).

Williams et al. (2017), de manera cercana a Conrad, indican que a la investigación sobre medicalización no corresponde adjudicar si una entidad medicalizada es *en realidad un problema médico o no*, sino cómo fue que se identificó y aceptó como un problema médico y con qué consecuencias. Esas declaraciones se configuran en un pronunciamiento a propósito de las denuncias del imperialismo médico como *irrelevantes para la medicalización* (Conrad & Bergey, 2015) alegando que no es un término peyorativo sino que *“en realidad, medicalización es un término neutral y descriptivo”*.

Habría que encontrar un puente entre ambas consideraciones de medicalización, por ejemplo en la investigación desarrollada por Nettleton (2006) sobre la experiencia de personas que tienen síntomas, padecimientos y dolores para los que no hay explicación, etiqueta, diagnósticos o tratamiento médico (los llamados *“síntomas no explicados médicamente”*), encontrando que la falta de un diagnóstico médico contribuye a la incertidumbre y la ansiedad, donde sin una enfermedad en la que se puedan identificar *“no se tiene permiso para sufrir (tener un padecimiento) en la ausencia de una enfermedad (implicando la medicalización)”*. Parte de los hallazgos de Nettleton implican que la etiquetación medicalizada proporciona al mismo tiempo un grado de legitimidad para sentirse enfermo y por consecuencia un alivio en la sociedad post industrial (y somática) caracterizada por la duda, la ambigüedad y la ambivalencia.

Esto resalta un aspecto “positivo” de la medicalización, como también está en Busfield (2017), quien argumenta que hablar de medicalización no es un cuestionamiento del valor de la medicina y que no todas las “instancias” de la medicalización son inaceptables. Conrad y Bergey (2015) se expresan de manera positiva a propósito de la medicalización de

ciertas condiciones, por ejemplo en la epilepsia y en los nacimientos, pues al concebirlas como parte de un proceso médico se ha contribuido al decremento de las muertes infantiles.

Nettleton (2006) utiliza su ejemplo para sugerir que la experiencia de los síntomas no explicados médicamente no solamente se moldean por la sociedad contemporánea sino que *“en muchos sentidos, son emblemáticos de ella”*, expresando la inseguridad perpetua y el riesgo que se encuentran asociados a la individualización, fragmentación y desregulación de las transformaciones del capitalismo industrial.

Paradójicamente, dice Nettleton, “síntomas no explicados médicamente” es ya una etiqueta en la que además se agrupan aquellos pacientes cuyos síntomas no se han identificado como orgánicos, lo que pone en perspectiva la categoría misma de la enfermedad comprendida como aquella que tiene causas o correlatos localizables en el mundo anatómico o la idea de que los orígenes de la enfermedad están adentro del cuerpo, lo que *configura la premisa del modelo biomédico y el método clínico descrito por Michel Foucault*.

Con todo esto encontramos en Nettleton una visión de una medicalización en un sentido suficientemente neutro pero inscrita en la discusión de procesos macroestructurales atravesados por las dinámicas sociales de poder. Por ahora queda pendiente el análisis de la vejez a la luz de la medicalización y la retórica a su alrededor que suma a la comprensión de la vejez como una enfermedad que debe ser rechazada, controlada, revertida... reafirmando un estigma social.

Los determinantes sociales de la salud como más que indicadores demográficos

La observación más primaria que provoca la curiosidad de científicos sociales interesados en temas de salud y enfermedad es que esas condiciones se distribuyen de manera heterogénea en el nivel demográfico, por lo que las variaciones poblacionales no podrían atribuirse únicamente a la biología. Frente a esa observación, la tarea de las ciencias sociales

consiste en ofrecer explicaciones sobre el origen de esas desigualdades y ahondar en los detalles sobre las maneras en que se expresa la interacción entre sociedad y cuerpo, también en la medida en que ello implica que, en el sentido amplio, las diferencias no se pueden atribuir únicamente a aquellas que se expresan en el nivel individual.

Si bien el modelo biomédico de la salud que propone que las enfermedades se originan exclusivamente en el nivel biológico por causas objetivas fue dominante durante muchos siglos, hoy por hoy la existencia de este paradigma en el nivel descriptivo y documental se conserva con un carácter histórico más que operativo. Por ello resultaría poco novedoso insistir en la existencia de una disputa por el reconocimiento de la dimensión social como un factor incidente en la salud frente a un reduccionismo estrictamente naturalista.

Ello ha quedado claro con el examen que ya hemos propuesto de la definición más oficial de la salud —la de la Organización Mundial de la Salud— pero también está presente en el modelo “biopsicosocial” (Engel, 1979) que se ha popularizado para abordar temas de salud ampliando el modelo puramente naturalista que enfatiza las causas biológicas, haciendo notar que existen factores no médicos que interactúan en complejidad, lo que implica que con frecuencia las soluciones de salud pública requieren abordajes transdisciplinarios.

Estos factores se encuentran entre los llamados determinantes sociales de la salud (DSS), que incluyen un amplio rango de circunstancias que contribuyen en las diferencias *evitables* de salud: desde sistemas políticos hasta condiciones particulares en las que se desenvuelve la vida cotidiana. Los DSS expresan la distribución de recursos y poder y, aunque afectan a todas las personas, se habla de un *gradiente social* que implica que mientras más baja sea la posición social y económica, menor será la salud; lo que explica que las personas en pobreza extrema en todo el mundo tengan peor salud (OMS, 2015a).

Esto puede comprenderse como el *modelo social de la salud* que indica que los factores culturales y socioeconómicos tienen un papel *más determinante* en las variaciones

de salud. Cabe advertir, con Castro (2013) que este tipo de abordaje no supone un relativismo en el que las enfermedades carezcan de correlato material, sino que salud y enfermedad se desarrollan y experimentan en contextos socialmente construidos y cambiantes, y que existe una muy estrecha vinculación entre elementos sociales y de salud; a decir, también, que las categorías médicas son cambiantes —como hasta ahora hemos demostrado en el análisis de la salud como concepto problemático y a la luz del concepto de medicalización—.

El estudio de los determinantes sociales de salud es básico en la sociología médica. Sarah Nettleton (2010, p. 63) indica que *"un principio (...) es que las circunstancias sociales, en particular la privación social y material, se inscriben en los cuerpos de las personas. En otras palabras, se dice que la salud está socialmente determinada"*.

Es decir, hay que reconocer que estamos hablando de circunstancias sociales, pero principalmente de las desigualdades. Esto nos permite luego comprender que la seguridad económica sea la condición básica de la satisfacción con el envejecimiento.

Castro (2013) escribe que a pesar de que el modelo social y la consideración de determinantes sociales de la salud implican ya una ruptura con el modelo biomédico de corte naturalista, todavía es necesario desvincularse de la propuesta que asume que los conceptos de salud y enfermedad no son problemáticos; es decir, de la lectura que supone que salud y enfermedad se describen a partir de criterios objetivos, que la enfermedad es un objeto que existe en la naturaleza y no uno construido socialmente. Es decir, podemos comprender los DSS como categorías entre cuyas características se encuentra la maleabilidad.

En contraparte, (de nuevo con Castro) considerar la salud y enfermedad como constructos sociales supone que no existen definiciones universales de enfermedad, que en su descripción operan negociaciones de grupos de interés y que hay intereses de poder en la clasificación de enfermedades.

Para Castro (2013) además hay un gradiente de DSS, donde el primer nivel y de mayor alcance implica elementos tan amplios como el calentamiento global y la globalización; el segundo nivel se conforma por los modos de producción y la clase social, así como variables como la pobreza y el sexo.

El tercer nivel implica las variables intermedias del trabajo y el apoyo social, entendiendo que en las sociedades contemporáneas el trabajo constituye la forma en que los individuos tienen inserción social: *“tener empleo significa contar con recursos, redes sociales, apoyo social, y también destinar 8 horas diarias dentro de un ambiente laboral específico realizando tareas determinadas, todo lo cual está relacionado con la salud y la enfermedad”* (Castro, 2013, p. 19). Por su parte, el apoyo social se refiere a que los vínculos positivos que las personas generan favorecen los niveles de salud mediante un efecto amortiguador que protege a los individuos de los efectos de los factores estresantes.

En ese sentido se ha demostrado que los adultos que tienen mejores vínculos sociales viven más saludables y por más tiempo que aquellos adultos con más aislamiento social, quienes tienen más propensión a enfermedad cardiovascular, arteriosclerosis, hipertensión y cáncer, así como peor funcionamiento inmunológico y mayor lentitud en la recuperación de enfermedades (Umberson & Montez, 2010).

También se puede comprender de la mano de Nettleton (2010), quien habla de que, en todo caso, no solo es la privación material sino la clase social la que incide la salud pues las personas que tienen menos control sobre sus circunstancias son las más propensas a enfermar, donde la dimensión clave sería la cohesión social: mayor cohesión social significa que la gente se siente más segura y con mayor apoyo y son menos propensas a responder negativamente cuando tienen dificultades o incertidumbres, a expresar menos estrés; la desigualdad social socava la cohesión social y la calidad del tejido social.

Esto permite conducir al cuarto nivel: el individual, donde la variable más estudiada es la de estilos de vida. Habiendo establecido que los hábitos tienen consecuencias en salud, Castro señala que los hábitos personales son consecuencia del contexto social en que se vive, pues los estilos de vida solo se pueden explicar como productos de las sociedades en que existen, de tal manera que *“la influencia del medio social queda demostrada no solo en relación a las enfermedades infecciosas sino también respecto a las enfermedades crónicas”* (Castro, 2013, p. 22). En particular esta aclaración es de lo más pertinente en el subsecuente análisis de las desventajas acumulativas (Douthit & Dannefer, 2007).

Esta revisión permite comprender los DSS no únicamente como una herramienta demográfica sino como parte de un robusto aparato conceptual para analizar las maneras específicas en las que se ponen en evidencia las diferentes maneras en que los aspectos sociales determinan —por decirlo de la misma manera— una serie de resultados y destinos de la salud. No obstante, hay que advertir con el mismo Castro (2013) que un análisis de los determinantes sociales de la salud debe necesariamente ser multinivel, pues no pueden discernirse claramente los niveles de realidad que operan sobre los individuos en concreto.

El concepto de salud es insuficiente para dar cuenta del bienestar

Habiendo trazado la complejidad de la salud a la luz de su observación social, queda bien argumentado que ese concepto por sí mismo no puede ser suficiente para dar cuenta del *bienestar* —utilizando por lo pronto esa palabra de manera intuitiva pero luego de manera conceptual— y, de manera correspondiente, invertir los términos implica subrayar que el bienestar no puede estar agotado en la salud.

A pesar de eso, en la cultura contemporánea se ha sedimentado el concepto de salud como una aspiración en todo tipo de contextos (se habla de salud organizacional, salud económica, salud ambiental... por no poner en duda también todo el concepto de salud

mental)¹³, lo que se puede entender tanto a la luz de la sociedad somática como de la medicalización, haciendo de la salud un concepto apofántico —una afirmación de la que no se da evidencia, *un enunciado que simplemente se dice*—.

En ese escenario surge la cuestión de cómo poder dar cuenta del bienestar en el vacío experiencial que deja ese panorama. Paradigmáticamente se encuentra el concepto de *calidad de vida*, que se revisa a continuación, aunque solo para introducir un concepto contrastante que es el de *satisfacción con la vida*, dibujado en parte como una respuesta a la calidad de vida y que luego sirve como punto de partida para poner entre paréntesis los conceptos de envejecimiento positivo, activo y exitoso.

Calidad de vida como introducción de aspectos subjetivos a la medición de salud

El concepto de calidad de vida fue originalmente diseñado para referirse al bienestar generalizado de las sociedades, configurando una intersección entre la riqueza (variables como producto interno bruto, empleo), aspectos psicosociales (comportamientos de salud, comportamientos de riesgo, desintegración familiar, suicidio) y aspectos del entorno (la calidad del medioambiente y los niveles de crimen, violencia) (Gregory, Johnston, Pratt, & Watts, 2009) lo que explica que al traducir el concepto de calidad de vida a la escala microsocia también se haya tenido vertientes orientadas hacia las mediciones objetivas.

Sin embargo ha habido dificultades para conceptualizar y operacionalizar la calidad de vida en la escala microsocia, lo que ha resultado en una *“proliferación de definiciones,*

¹³ Williams (2004) habla de la “saludización” (*healthicization*) como un concepto estrechamente cercano al de medicalización, tomando como punto de partida que la salud también es abordada desde perspectivas *no biomédicas* (por ejemplo, con conceptos como “holístico”) aunque esa saludización presenta importantes similitudes con la estructura de la medicalización, y sus consecuencias, pues lleva a la concepción de la salud en términos de salud individual ahistórica.

modelos y medidas de la calidad de vida” lo que ha implicado una consecuente falta de consistencia, a pesar de su uso a lo largo de disciplinas médicas y sociales, así como en contextos políticos, entre otros (J. Phillips et al., 2010).

En la escala microsocial se comenzó a utilizar a partir de la necesidad de estimar los aspectos positivos alrededor de la salud, cuya medición no podía descansar únicamente en indicadores de frecuencia y severidad de las enfermedades, especialmente a partir de que aquella definición emblemática de la salud hace referencia, precisamente, al bienestar. *Calidad de vida* entonces, como es entendida por la OMS, tiene por objetivo medir y complementar esa definición de la salud como “*no únicamente (...)*”, incluyendo la percepción de los individuos sobre su propia posición y contexto cultural, sistemas de valores, metas, expectativas, estándares y preocupaciones, siendo así un concepto amplio sobre la manera en que las personas interpretan su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y características de su entorno.

Por ejemplo, en Estados Unidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] han desarrollado el concepto paralelo enfocado en la salud, *la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL siglas de Health Related Quality of Living)*, el cual se refiere a la manera en que una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental (CDC, 2015). Este concepto se utiliza para medir los efectos de las enfermedades crónicas para comprender su incidencia en la vida cotidiana de una persona.

El debate principal de la calidad de vida tiene que ver con el privilegio que se otorga a las medidas objetivas (estado de salud, estándares de vida, número de vínculos sociales) o a las medidas subjetivas (significado de la salud para el individuo, expectativas, *experiencia*), distinción que se ha señalado como “crucial para entender las paradojas del envejecimiento, discapacidad, soledad, aislamiento social, pobreza y relativa deprivación” (J. Phillips et al., 2010). Este punto sí es fundamental pues se ha demostrado una disparidad entre las medidas

objetivas y la satisfacción con el envejecimiento (Phelan, Anderson, Lacroix, & Larson, 2004), dando evidencia de que la definición de “envejecer bien” de los investigadores y creadores de políticas sociales y de salud no coincide con la definición misma de los viejos.

Algunos estudios sociales sobre envejecimiento en México toman la vertiente que prioriza las medidas subjetivas, por decir un ejemplo Flores Villavicencio, Cervantes Cardona, Cruz Ávila y Cerquera Córdoba (2011) se refieren a la calidad de vida como un concepto “*totalmente subjetivo (...) con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad (...) su percepción ante las limitaciones*”. Aunque los autores hacen un recorrido monográfico del concepto, dan por sentado que esa definición subjetivista no es problemática ni está a discusión, presentando dos dificultades adicionales: no vinculan los aspectos subjetivos con aspectos sociales y económicos *en un sentido sociológico*, perdiendo de vista la vinculación estructural, además de que sus propias referencias son solamente en lengua española, por lo que el ejercicio que presentan tiene un sesgo geográfico.

En un texto similar (Flores Villavicencio & Troyo Sanromán, 2011) los autores se refieren a la calidad de vida como una realidad intersubjetiva que no se puede abordar sin hacer referencia a los aspectos sociales, económicos y materiales que están presentes en una comunidad social y que, por tanto, están estrechamente relacionados con los niveles de salud.

Estos dos ejemplos únicamente se presentan como evidencia del uso reciente del concepto de calidad de vida en investigaciones de nuestro país sobre envejecimiento, pero también como aquella falta de consistencia que ha presentado el concepto por la diversidad de contextos en el que se emplea.¹⁴

¹⁴ Es importante mencionar que en la institución donde se realizó el trabajo de campo de esta investigación se expresó una clara preocupación por que midiéramos la calidad de vida, al que consideraban *sobre-estudiado* en esa población, lo que proporciona sospechas de que también ha venido a ser un concepto de elección rápida en estudios sobre envejecimiento.

La satisfacción con la vida como ampliación de aquel intento

Hemos presentado dos dificultades principales con el concepto y escenario de la *calidad de vida*, a decir, que ha devenido un concepto poco operativo por la diversidad de su uso, así como por la tensión entre las mediciones objetivas y subjetivas, habiendo proporcionado una evidencia de la disparidad entre esos dos tipos de medición.

En ese escenario se han desarrollado medidas alternativas de bienestar, fundamentadas en la idea de que “la calidad psicológica de vida de una persona no se puede comprender simplemente mediante esas circunstancias objetivas” (Mannel & Dupuis, 2007), lo que proporciona un punto de partida para una nuevas medidas del bienestar.

La *satisfacción con la vida* es uno entre otros constructos, como *felicidad* y *bienestar psicológico*, que han intentado ser medidos mediante instrumentos estandarizados con los siguientes problemas: la falta de consistencia en la definición y uso de esos términos, la orientación del tiempo (es decir, si se está midiendo la satisfacción con el pasado, presente, futuro), la temporalidad (si se refiere a un bienestar pasajero o más permanente) y si evalúan el bienestar global o parcelas de él (bienestar con el trabajo, la familia, el ocio, etc.) (Mannel & Dupuis, 2007), implicando una necesidad de conceptualizar el bienestar.

Por lo pronto podemos considerar esas mediciones como intentos de dar cuenta de la presencia o ausencia de un bienestar más allá de biomarcadores y eminentemente subjetivos.

En su uso en México destaca que se ha validado el uso de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) en su versión en español para personas adultas mayores, a partir de un análisis secundario del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México [ENASEM] (López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco, 2016). El instrumento SWLS original (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) se ha utilizado para medir la satisfacción con la vida de acuerdo con sus propios criterios y prioridades personales. Esa medición ya es una valoración contextual y amplia (no reduccionista) de lo que podría considerarse satisfacción

con la vida más allá de, por un lado, aspectos meramente demográficos como pueden ser el estatus socioeconómico, los aspectos laborales y de vivienda o, por otro lado, mediciones que descansan únicamente en valoraciones biométricas al ser consideradas indicadoras del estado de salud, como suele hacerse en sujetos viejos al considerar que el así llamado “envejecimiento exitoso” es aquel que ocurre en la ausencia de enfermedad.

Direcciones

Este capítulo ha tenido el objetivo de trazar de manera concisa la relación contextual entre el cuerpo, la salud y la sociedad, y en ese camino fue analizado el peso específicamente conceptual del término de *embodiment* para significar un uso social del cuerpo que tiene implicaciones a propósito de las prácticas (como en el habitus de Bourdieu).

Ese desarrollo se ha realizado a la luz de la *sociedad somática* de Bryan Turner, quien trabaja una teoría sobre el cuerpo como ancla de sentido en el escenario de la desinstitucionalización como producto de la modernidad.

En el capítulo se mostraron no únicamente los efectos que los fenómenos sociales tienen en la salud sino que también se puso en cuestión la construcción misma de sus indicadores junto con un análisis la definición de salud, evidenciándolo como un concepto dinámico y no uno que se puede recuperar directamente en términos naturalistas.

Y cómo, a pesar de una propensión de época de medicalizar todo tipo de condiciones humanas, han persistido intentos de dar cuenta de una satisfacción y bienestar más allá de los criterios objetivos y biomédicos.

Capítulo 6. Envejecer en la vida cotidiana

Hasta ahora configuramos el camino lógico y teórico que nos permitió llegar hasta la puesta entre signos de interrogación de la naturalidad misma del cuerpo —una cuestión que de otra manera se interpreta en términos materiales, concretos, objetivos— y por extensión, de los destinos de salud y enfermedad. El tratamiento que corresponde hacer a propósito de la *edad tardía* —por nombrarla por ahora de la manera más neutra posible— es análogo, lo que representa el objetivo principal de este capítulo.

Así, nos concierne establecer la teoría que, sobre los intereses de esta investigación, permitan cuestionar la experiencia de envejecimiento en la vida cotidiana, poniendo en evidencia un entramado temático, histórico y social que ha dado forma a las categorías analíticas de vejez, tercera edad, envejecimiento exitoso, entre otras, lo que conduce a la pregunta de apariencia más ingenua pero completamente profunda: *¿quiénes son los viejos?*

Como ya hemos demostrado, el envejecimiento demográfico ha traído la necesidad de replantear el espacio social en el que se desenvuelven las relaciones, puesto que sus causas están implicadas en todos los momentos de la vida humana: el decremento de la mortalidad infantil, descenso de la fecundidad y la promesa de mejorar indefinidamente la esperanza de vida, donde todas ellas muestran una necesidad de replantear las condiciones sociales (especialmente para los países en desarrollo) así como los vínculos interpersonales.

Para abordar esas cuestiones conviene comenzar por la definición más objetiva del envejecimiento, frente a la que tenemos que construir nuestro abordaje. En gerontología se le define como *el proceso de transformación del organismo de joven a viejo, a los patrones de cambio que ocurren con la edad*; separado analíticamente de la senescencia, que sería el *proceso biológico de volverse viejo, asociado con el incremento de la probabilidad de morir y la susceptibilidad a la enfermedad* (traducciones libres de Birren, 2007). Desde esta

perspectiva, *las personas comienzan a envejecer con el nacimiento*¹⁵ pero se vuelven viejos con el incremento de la debilidad.

De manera que *“la vejez es un fenómeno esencialmente biológico”*, dice Minois (1989, p. 14) que consiste en células que se debilitan, no se regeneran y que *no se sabe por qué, cuando de otra manera podrían ser inmortales*.

De las viñetas de Birren y Minois podemos inferir diferentes tipos de envejecimiento y edad: una cosa sería envejecer en términos corporales (edad biológica), otra cosa cumplir años (edad cronológica) y otra es tener el lugar de un viejo en la sociedad (edad social), aunque muchas veces en la naturalización de las diferencias hayamos venido a interpretar esos procesos como uno solo. Esa cuestión está en la pregunta de Minois (1989, p. 13) que aparece en el epígrafe de esta tesis: *“¿tiene uno la edad de sus arterias, de su corazón, de su cerebro, de su moral o de su estado civil? ¿o es quizá la mirada de los demás la que nos define un día como viejos?”*.

Para Minois, la categoría de vejez en sociedad es completamente imprecisa, dando cuenta de que el único indicador social de la vejez —*como categoría social*— ha sido el paso por la jubilación, lo que es un rito no solamente artificial sino contemporáneo —donde el trabajo es el principal vehículo de la socialización en la sociedad actual—. Y que luego esos ritos de pasaje de una edad social a otra (aquí de la adultez a la vejez) revelan y sostienen estructuras de jerarquía de una sociedad.

Esa idea está también en las observaciones demográficas. De acuerdo con Leeson y Harper (2006) en el siglo XX y *especialmente en el “mundo desarrollado”* las transiciones

¹⁵ Esto es diferente a comprender, con las teorías del *desarrollo*, que hay una *cúspide* del desarrollo biopsicosocial en las fronteras de la adolescencia y la adultez frente al que también se han creado categorías, roles e identidades sociales. Por ejemplo ver Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009.

de vida se han modificado: las personas se casan más tarde, tienen hijos más tarde, comienzan la vida laboral más tarde y se mueren más tarde, todo ello dando cuenta de la profunda transformación social que se ha desarrollado como correlato del envejecimiento poblacional. Diríamos que se está modificando la estructuración de la sociedad en función de la edad.

Habiendo introducido la sospecha de roles sociales adscritos a las edades, y las edades mismas construidas en función de los roles sociales, podemos ir reconociendo que la vejez misma se ha ido aplazando, *ocurriendo cada vez más tarde*, reconfigurando las expectativas de vida laboral y posteriores al trabajo, así como la manera en que las personas se relacionan con sus cuerpos, identidades y estilos de vida, lo que se evidencia con la introducción del término *cuarta edad* (Higgs & Jones, 2009; Laslett, 1994; Leeson & Harper, 2006).

Todo esto implica que algunos fenómenos de la vejez como no se encuentran directamente anudados a procesos fisiológicos, sino que están cargados de significados y sentidos que se construyeron en contextos sociohistóricos y culturales particulares, por lo que se puede hablar de la vejez como una “ficción cultural” (Menon, 2001), donde cada contexto cultural produce sus propias ficciones a propósito del envejecimiento.

También se encuentra implicado el reconocimiento de que inclusive aquellos cambios atribuibles al proceso biológico de envejecimiento tienen significados sociales, independientemente de su etiología. Y que esos significados son relativamente autónomos, por lo que la intención de este estudio implica ejercer una óptica crítica de esos procesos.

Por ejemplo, un punto que en contextos gerontológicos se resalta con frecuencia es la heterogeneidad de la vejez como etapa de vida. Usualmente ese señalamiento suele ser en términos positivos para contribuir con la disminución de prejuicios de edad —a lo que se ha llamado *edadismo*, *viejismo* o inclusive *gerontofobia*— evitando opacar las identidades individuales detrás de un imaginario de la vejez vivida de una única manera (la mayoría de las veces en soledad, discapacidad, abandono... con la consecuente pérdida de la adultez y

ciudadanía), contrastando que los jóvenes se parecen más entre sí que los viejos. Eso está, por ejemplo, en Achenbaum (2007), quien señala que la vejez es la etapa de vida más larga de todas y que *“los umbrales elásticos hacen de la vejez la etapa de vida más heterogénea (...). Dos personas de la misma edad en el mismo lugar y momento histórico pueden compartir nada más que el número de años que han vivido”*.

No obstante, es importante comprender también los aspectos negativos de ese señalamiento. A decir, que los cambios sociales que han modificado al envejecimiento se encuentran también entre las causas que condicionan las desigualdades. Por ejemplo, Higgs y Jones (2009, p. 9) señalan que aunque las personas con menor posición socioeconómica también participan en la transición demográfica —pues la esperanza de vida ha incrementado en todos los sectores sociales y la longevidad no está directamente comprometida por ese factor—, llevan consigo la propensión a peor salud arrastrada desde su juventud, por lo que decir que las personas mayores del siglo XXI son más heterogéneas que las del siglo pasado, también implica decir que son más desiguales.

Hay que insistir aquí que ese el caso en todas las edades y no exclusivo de la vejez, *no obstante que debemos entender que la condición está atravesada por la edad y no que la edad no juega un factor en ese proceso*. Por ejemplo se ha mostrado que los jóvenes de clases sociales bajas transitan a la adultez a más pronta edad (Benson & Furstenberg, 2006; Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009), poniendo en evidencia que los grupos sociales identificados por la edad están más vinculados con las expectativas y roles que con edades fijas (la *niñez*, la *juventud*, la *adultez*, la *vejez*, o la *adolescencia*, como una categoría más reciente, o los... *“chavorrucos”* como un ejemplo de edades todavía en proceso de construcción que contrastan con los conceptos ya sedimentados en el sentido común por su asincronía entre edad biológica y expectativas sociales atribuidas).

Para Bourdieu (2002) eso es claro, pues las categorías o conceptos atribuidos por la edad podrían agrupar a personas cuyos trayectos biográficos han sido completamente diferentes y serían agrupables de una manera más adecuada a la luz de otras divisiones sociales, por ejemplo la de clase:

Solo con un abuso tremendo del lenguaje se puede colocar bajo el mismo concepto universos sociales que no tienen casi nada en común. En un caso tenemos un universo de adolescencia, en el verdadero sentido, es decir, de irresponsabilidad provisional: estos "jóvenes" se encuentran en una especie de *tierra de nadie* social, pues son adultos para ciertas cosas y niños para otras, aparecen en los dos cuadros. Por esto muchos adolescentes burgueses sueñan con prolongar su adolescencia (Bourdieu, 2002, p. 121).

Todo el escenario planteado permite inaugurar una discusión a propósito de las prescripciones de edad y poner en perspectiva la vejez como categoría de análisis en la intersección de la edad biológica, la edad cronológica y la edad social, tarea que se demuestra además como absolutamente inaplazable porque las estrategias para abordar los supuestos problemas del envejecimiento suelen estar concebidas en torno a consideraciones individualistas que enfatizan la heterogeneidad en los *sentidos incorrectos* como otra manera de decir *despolitizados*.

La vejez frente a la estructuración social por la edad

Hasta ahora hemos proporcionado algunos argumentos sobre la vejez como un constructo social encima de un envejecimiento biológico. En línea recta sigue un reconocimiento de que no se puede comprender como un concepto aislado sino únicamente enmarcado en la categoría más amplia que es la edad. Y de allí se encuentra implicada una estructuración de la sociedad en función de ese criterio, con sistemas de valores que asignan y prescriben acciones, funciones, capacidades y expectativas diferenciales distribuidas por la

edad. De acuerdo con Bourdieu (2002) son arbitrariedades (“*siempre se es joven o viejo para alguien*”), siendo la frontera entre juventud y vejez *un objeto de lucha entre jóvenes y viejos*.

En ese escenario encontramos, por ejemplo, una apelación a una “*sociología de las edades*” (Martín Criado, 2009) o la *perspectiva de curso de vida* (Douthit & Dannefer, 2007) bajo el que se agrupan estudios interesados en el universo simbólico (las *ideas, conocimientos y construcciones que se han aceptado como normales, naturales o verdaderas*) sobre las etapas típicas de vida y las prácticas que prescriben cómo se debe organizar el trayecto biográfico de las personas, implicando como eje crítico que la edad no es una característica individual sino una característica de la estructuración social.

Es importante profundizar en el concepto de *cohorte* o *generación* para comprender el aspecto histórico de la edad. Cohorte se refiere a los individuos que comparten una característica o evento demográfico (como una guerra), implicando de manera secundaria que *envejecen en común* de una manera atada a su historia social (J. Phillips et al., 2010, pp. 54–57); no obstante, el concepto se ha criticado porque al estudiar a las personas como parte de grupos, sus diferencias individuales se simplifican en homogéneas, por lo que en el nivel micro el concepto no sería suficiente para expresar la experiencia vivida, ni el significado o interpretación otorgada a la edad y la experiencia del proceso de envejecer.

Dos textos clásicos a propósito de cohorte y generación son el de Karl Mannheim (1993) (originalmente publicado en 1928) y el de Matilda White Riley (1971), quien lo inserta en el contexto de una “*sociología de la estratificación por edad*” como un enfoque en gerontología social para pensar el envejecimiento situado en una sociedad cambiante, tomando la utilidad de los aspectos de la estratificación de clase —principalmente el de *clase social* (ingresos, prestigio y poder) y el de *movilidad social* (movimientos entre clases)— para comprender la vejez como un estrato social diferenciado por la edad.

Hay dos puntos que conviene recuperar de Riley (1971): en primer lugar, se refiere a que *la movilidad en estratos de edad afecta a todos mientras que la movilidad social es solo para algunos*. No obstante, ambas (clase y edad) tienen las mismas tensiones, pues existen ciertas transiciones que los individuos pasan (de la infancia a la niñez, a la adolescencia, a la adultez, a la vejez), donde el grado de tensión depende de las condiciones sociales: la continuidad o discontinuidad en los roles, la institucionalización de los roles, la consistencia de las expectativas, así como las facilidades y sanciones de esas transiciones.

En segundo lugar, en Riley (1971) la ubicación en un estrato de edad influye en el comportamiento y actitudes de las personas implicando que *los individuos son condicionados por la sociedad* y que *el estado de la vejez refleja el contexto estructural*. Este punto remite a dos dimensiones del tiempo: el *curso de vida* y la *dimensión histórica*, donde curso de vida es un índice cronológico que remite al desarrollo biológico y roles sociales para personas en el mismo estrato de edad, mientras que la dimensión histórica se refiere al periodo de la historia en que las personas viven, o... *cohorte*.

Como ya se mencionó la característica más distintiva de una cohorte es que está atada a su historia social y a las condiciones materiales que le proporcionan trayectos únicos de envejecer. Así, ese concepto es una manera de vincular los niveles macro y micro al encadenar el curso de vida individual con la historia que refleja sus expectativas.

Pero *en cualquier momento dado hay una estructura social de jóvenes, adultos y viejos* que se mueven continuamente y se reemplazan... *todo el tiempo se irrumpen las generaciones con nuevos nacimientos*, decía Mannheim (1993), para quien el problema de las generaciones residiría no en la duración —la que en su época situaba en unos 30 años, correspondiendo con una distribución biográfica por etapas donde 30 años son de formación, 30 años de creatividad y *luego de eso*, el retiro de la vida pública— sino en su origen... dónde

empieza y dónde acaba una generación, o cómo concebir las generaciones cuando grupos de edades viven en el mismo tiempo cronológico.

El problema para Mannheim se vinculaba con la concepción rectilínea del progreso del pensamiento francés positivista que opera con un tiempo externo, mecanicista, cuantitativo y mensurable, por lo que la solución era encontrar en el romanticismo alemán una contraprueba frente a la linealidad del flujo temporal de la historia: *“el problema de las generaciones es el problema de la existencia de un tiempo no mensurable y que solo se puede comprender como algo puramente cualitativo”* (Mannheim, 1993, p. 199).

Mannheim se refiere al tiempo cualitativo y vivencial para explicar lo que él llamaba *“la no contemporaneidad de los contemporáneos”*. Se trata de un concepto del tiempo que implica que es experimentado de manera diferente de los otros: *“de un simple problema de contabilidad matemática nace un problema cualitativo, que solo es vivencial: la distancia de la generación se transforma en tiempo interior vivenciable”* (Mannheim, 1993, p. 200).

Estos dos testimonios (Riley y Mannheim) sobre generación y cohorte permiten comprender que en el estudio de la vejez además tiene que contrastarse el paso del tiempo y las condiciones sociales únicas que contribuyen a momentos experienciales específicos. Por eso es posible que a los viejos de la generación siguiente o inclusive los de generaciones contemporáneas en otros contextos sociales tengan prioridades de otra índole, vinculados estrechamente con la clase social. Y de allí comprender que en la investigación sobre vejez y cuerpo en otros contextos pueda haber temas sobre la identidad corporal en razón de la tecnología o la moda (por ejemplo, Sadkowska, 2016; Sadkowska, Wilde, & Fisher, 2015) cuando en nuestro contexto la investigación sobre vejez tiene la apariencia de monotemática (como se demuestra en el capítulo que sigue), lo que en parte se puede comprender como una expresión de nuestro propio tiempo histórico, nuestras propias *generaciones*.

Lo cierto es que, incluso como concepto operativo vinculado solo de manera indirecta con los aspectos biológicos, la vejez es inseparable de los otros estratos de edad. Y que, en todo caso, a los tiempos biológicos, cronológicos y sociales se suman los históricos, en los que para Mannheim (1993) la vejez y la muerte representa un hecho básico del ámbito de los fenómenos generacionales puesto que la muerte de los portadores de cultura “*proporciona el olvido que se hace necesario en el acontecer social. Para la continuación de la vida de nuestra sociedad, el recuerdo social es exactamente tan necesario como el olvido*”. La dinámica de la muerte y el nacimiento de las nuevas generaciones proporciona nuevas prácticas e instituciones sociales.

Apuntes históricos como antesala de los paradigmas conceptuales de la vejez

En parte por el bagaje histórico de la experiencia, comprendido tanto a la luz de los conceptos de generación y cohorte, como por el fundamento *estructural* de la fenomenología social en Alfred Schutz, conviene presentar algunas ilustraciones históricas sobre la vejez, especialmente porque proporcionan la base para comprender los paradigmas conceptuales contemporáneos que se han desarrollado sobre la edad tardía. De manera que suscribimos el posicionamiento de Minois (1989) quien indica que “*analizar el lugar que ocupan los ancianos en nuestra sociedad nos invita a examinar su pasado lejano*”.

En el recorrido de Minois (1989) se muestra que lugar de los viejos en la sociedad se han transformado en una relación estrecha con las configuraciones familiares, la distribución de la riqueza, los ideales de belleza... y que ese proceso de ninguna manera ha sido en un sentido lineal. Para nosotros ello implica que el envejecimiento no puede reducirse a sus indicadores demográficos, y que esos indicadores —*eminente los criterios de edad*— ocultan los significados sedimentados de una realidad que vale la pena descubrir.

Da la impresión de que todas las sociedades han desarrollado roles y expectativas para sus viejos, así como medidas para protegerlos; eso es evidente en las sociedades contemporáneas donde hay un sentido de responsabilidad alrededor de los viejos, basado en sus necesidades (Tibbitts, 1963, p. 340). Aunque no es la intención recorrer la historia de la vejez, sí es conveniente señalar un par de viñetas históricas que luego tienen ecos en las visiones y paradigmas conceptuales contemporáneos.

Hay que advertir, no obstante, que el conocimiento de la historia de la vejez es fragmentario, y aunque en todas las culturas se han empleado términos para marcar el fin y el inicio de la vida, así como etapas demarcadas por la edad, el proceso de envejecer ha variado ampliamente de un lugar a otro y a través del tiempo por lo que es importante ser cautos frente a la tendencia de realizar generalizaciones históricas (Achenbaum, 2007), especialmente para los pueblos atravesados por procesos de colonización.

También hay que tener en cuenta las vicisitudes de la historiografía. Achenbaum (2007) advierte que la historia del envejecimiento solía interpretarse a través del paradigma de la modernización, implicando que las personas mayores vivían mejor en escenarios rurales que en los urbanos “*y que la industrialización había destruido las estructuras domésticas y reducido las oportunidades de trabajo para los mayores*” lo cual ha sido debatido frente a investigaciones empíricas. No obstante, los estudios arqueológicos muestran que el envejecimiento ha generado interés desde las sociedades prehistóricas: la fascinación por el cambio de la apariencia del cuerpo humano, las incertidumbres sobre la vida y la naturaleza de la muerte parecen estar presentes en los registros de los entierros y los objetos allí dispuestos para acompañar en la muerte (Birren, 2007).

La vejez no ha sido la excepción en los fenómenos que provocaron especulación humana. En las sociedades precientíficas, ese interés estuvo marcado por el pensamiento mágico, empujando fantasías, mitos y deseos de prolongar la vida inclusive después de la

muerte... *recuperar la inmortalidad* mediante la realización de sacrificios para los dioses o acciones heroicas, o buscando fuentes de la juventud (Birren, 2007). La ciencia luego vendría a reemplazar esos mitos por información, aunque no menos idealizada.

Una interpretación frecuente en gerontología es la de que la epopeya de Gilgamesh (Anónimo & George, 1999) es el primer escrito que discute el tema del envejecimiento (Birren, 2007; Sánchez Salgado, 2000) al tratar una búsqueda de la inmortalidad. De manera que la finitud de la vida humana había dispuesto el escenario por la fascinación a propósito de la vejez. Los dioses griegos también eran inmortales y los registros clásicos de la cultura occidental giran alrededor de esa idea.

Aunque Achenbaum (2007) sitúa cerca del año 1700 los primeros registros que indicaban el umbral de la vejez alrededor de los 65 años, Cokayne (2003) indica que los textos griegos y romanos ya muestran divisiones por edad, y que por lo menos desde el siglo 1 a.C. el umbral de la vejez ya estaba fijado alrededor de 65 años (lo que no necesariamente es un indicador de continuidad)... *para los hombres*. Ese umbral en las culturas clásicas estaba asociado a la fortaleza para participar en el ejército, luego del cual se les exentaba de algunas obligaciones públicas (como participar en el senado). Para las mujeres la menopausia era el indicador del inicio de la vejez, usualmente ocurriendo entre los 40 y 50 años.

Es llamativo que la cultura occidental temprana ya distinguía edades en función de la capacidad física (fuera para participar en la guerra o para procrear) y que una vez que esa capacidad física disminuía, había un lugar distinto en términos sociales y de ciudadanía.

Pero no se trata de una historia lineal ni uniforme. La visión de los viejos ya tenía tensiones en la época clásica: los griegos, siguiendo a Hipócrates y a Aristóteles, deploraban la vida tardía por estar asociada con enfermedades y la muerte, y en Roma, Virgilio y Juvenal también lamentaban la vejez (Achenbaum, 2007; Birren, 2007; Cokayne, 2003). De manera contrastante, en Esparta encontramos la institución social de la *Gerusia*, un consejo de

hombres mayores de 60 que conducían la autoridad por su sabiduría, lugar para los viejos que coincidía en Roma con la visión de Cicerón, quien había escrito una apología de la vejez en la que el declive físico se compensaba con los años de experiencia (Achenbaum, 2007; Birren, 2007; Sánchez Salgado, 2000; Tibbitts, 1963).

En la Edad Media los intentos por prolongar la vida y vencer la muerte quedó en manos de los alquimistas (Achenbaum, 2007), no obstante que el crecimiento de las ciencias en el Renacimiento trajo las prioridades del mundo empírico por encima de las del mundo racional, lo que tuvo como consecuencia que los intentos por extender la vida se trasladaran a la modificación de los hábitos —especialmente los higiénicos— y, en el siglo XIX, a la biometría y cuantificación de los aspectos funcionales de los organismos de la edad, de mano de personajes como Benjamin Gompertz, Adolph Quetelet y Francis Galton (Birren, 2007).

En el siglo XX el interés por el envejecimiento inició en la biología, buscando las causas del envejecimiento, siguiendo con las esperanzas de controlar la longevidad aunque ya no únicamente en la forma de prolongar la vida sino también de revivir a los muertos (Birren, 2007); y después de la segunda guerra mundial hubo un interés por las enfermedades degenerativas y también por estudiar el envejecimiento en colaboración entre disciplinas.

La visión sobre la vejez evidentemente es un asunto de mucha complejidad, donde tendrían que tomarse en cuenta el paso de la sociedad agraria a la industrial, junto con la institucionalización de la democracia, la urbanización y la tecnología (Leavitt, 2007) que impactaron los arreglos familiares e intersubjetivos.

Pero ya en las maneras de demarcar y nombrar etapas de vida, asignando expectativas y roles sociales *hay una sociedad depositada*. Por decir un ejemplo, en la vida moderna la menopausia ya no es el indicador del ingreso a la vejez para las mujeres, sino que representa el ingreso a la *mediana edad* —la etapa entre la *adultez joven* y la *vejez*— lo que, por un lado es una evidencia de los cambios en el vocabulario para nombrar nuevas experiencias frente

al incremento de la esperanza de vida (Menon, 2001), mientras que, por otro lado, prescribe otra serie de expectativas y roles.

El siglo XXI está mostrando cambios muy rápidos en las denominaciones a propósito de la vejez. Mientras que hace 20 años la categoría de *viejos más viejos* se cuantificaba entre los 75 y 80 años, la tendencia actual es contarlos a partir de los 85, lo que evidencia un cambio de percepción de los viejos a la luz del incremento de salud, bienestar y estatus funcional ya bien entrados en la década de 70-80 años (Fingerman & Baker, 2007), lo que ha llevado a la necesidad de hacer nuevas demarcaciones al interior de la vejez. Estas primero se mostraron en la forma de *viejos jóvenes*, *viejos viejos* y *viejos más viejos* (J. Phillips et al., 2010, p. 213) pretendiendo hacer distinciones en términos de salud y actividad, donde un paradigma más robusto, por lo menos en términos de esta investigación por tener una consideración del espacio social, es el de distinguir entre la *tercera* y la *cuarta edad* (Laslett, 1994).

Es importante no olvidar que no hay una definición universal de lo que es ser viejo. Por decir un ejemplo, en algunos países africanos una persona puede ser considerada vieja a los 50 (Findsen, 2017) lo que tiene las implicaciones obvias a propósito de la marginación social, así como las de la experiencia. No obstante, también tiene implicaciones políticas a propósito de a qué edad se debe establecer el retiro —dadas las condiciones— y luego nuevas caracterizaciones sobre lo que es la vejez.

Si bien hemos mostrado que la tendencia histórica ha sido de asociar la vejez al cuerpo —y especialmente a su deterioro y encadenamiento con la finitud de la vida—, el panorama actual del envejecimiento demográfico —único y sin precedentes en la historia de la humanidad— presenta no solo desafíos a propósito de la distribución de recursos, sino de significar nuevas maneras de hacer vejez.

La vejez como una categoría asociada al retiro

La edad adulta mayor en el siglo XXI no únicamente se muestra como heredera de un stock de conocimientos de la cultura occidental en términos amplios, sino que particularmente ha traído consigo los significados que se construyeron en el siglo XX a la par de otros problemas. Por decir un ejemplo, Higgs y Jones (2009, p. 28) señalan que en el Reino Unido la edad de retiro se fijó en 65 años en la década de 1920 como una política pública que pretendía responder al problema de desempleo de los jóvenes. Es decir, los mayores tenían que dejar esos espacios sociales para que los jóvenes pudieran tomar el relevo, que se puede comprender como un ejemplo de la lucha de poder entre jóvenes y viejos mencionada por Bourdieu (2002).

Esta caracterización de la población mayor definida por su salida del ámbito laboral también está tintado de funcionalismo parsoniano (Higgs & Jones, 2009, pp. 18–19) donde las personas retiradas se caracterizan por dejar de ocupar un rol social. Este lugar desocupado sería, inicialmente, el del trabajo, pero luego se extendería a las familias y otros espacios en los que vendrían a involucrarse a partir de la dependencia.

Esta visión contrasta con algunas propuestas contemporáneas como la del *retiro productivo* como un tipo de *envejecimiento exitoso*, donde los adultos mayores no tendrían que ser solamente consumidores de recursos sino hacer contribuciones sociales y económicas significativas (Higgs & Jones, 2009, p. 24). Habría que poner eso entre paréntesis en la medida en que consideramos la productividad un valor en este tipo de sociedad.

Por otra parte, hacer notar que en países como México estas etapas están poco delimitadas, especialmente para personas en condición de pobreza debido a que necesitan seguir trabajando de manera indefinida para mantenerse o incluso ayudar a los demás (OMS, 2015b, p. 10). Eso explica en parte que en México el retiro sea comprendido como un escape del trabajo, un momento para disfrutar del descanso (también en lugares como Brasil, India,

Polonia, Rusia, Turquía) mientras que en otros países el retiro se ha identificado como la oportunidad de nuevas experiencias de vida (como en Canadá, China, Francia, Alemania, Suecia, Reino Unido, Estados Unidos) (Leeson & Harper, 2006).

Es claro que este tipo de modificaciones solamente son posibles en el mundo del siglo XXI, en la transición demográfica marcada por el incremento de la esperanza de vida. En este proceso el papel del retiro ha pasado a través de significados diversos: de ser una etapa de descanso, a una recompensa, a un derecho (Leeson & Harper, 2006), y su interpretación puede ser la del fin del trayecto biográfico o el de un nuevo capítulo de vida.

Aunque en las primeras fases de la industrialización era común que se tratara a los viejos como discapacitados (Achenbaum, 2007) (lo que remite a la necesidad de cuerpos para la producción en la biopolítica en Foucault, como fue explicada anteriormente), el retiro también vino a significar una “recompensa por el servicio fiel y una herramienta para deshacerse de los trabajadores desgastados”.

No obstante, antes de que el retiro fuera institucionalizado, se había esperado que los viejos proveyeran por sí mismos, implicando que hayan tenido que trabajar hasta que se discapacitaran o murieran. Pero las pensiones (públicas y privadas) han logrado que los viejos puedan aspirar a un “*retiro soleado*”... aunque para la mayoría de los viejos a nivel internacional e histórico el sueño de la seguridad económica no se ha realizado, donde una mayoría de personas viejas ha vivido a niveles de subsistencia (Achenbaum, 2007).

Sin embargo otra manera de interpretar el retiro como un derecho es en la forma de un derecho a vivir de manera activa en lugar de manera pasiva, a seguir participando en la sociedad, donde en las circunstancias actuales los individuos no priorizan tanto el ocio como el control de sus vidas, especialmente en el mundo desarrollado (Leeson & Harper, 2006).

También hay que ser cautos a propósito de los contenidos ideológicos de las formulaciones sobre el retiro, especialmente cuando están respaldadas por fundamentos

“científicos”. Algunas argumentaciones a favor de la vejez como un “retiro natural de la sociedad” han incluido estudios que emplean tests psicológicos, cuyos resultados han permitido legitimar prácticas discriminatorias como la jubilación obligatoria, lo que enfureció a los gerontólogos especialmente a aquellos en el campo de la gerontología crítica por el mensaje implícito de que era normal y, peor, “*adecuado*” retirarse de la sociedad en la vejez (Belsky, 2001, pp. 235–238).

Lo cierto es que el replanteamiento de lo significa la edad como constructo implica reformular también la comprensión de qué tipo de pasaje implica el retiro como un rito, entendiendo también las características psicológicas del trabajo y el descanso como parte de procesos de autorrealización. A la par del replanteamiento de los desafíos entre vejez y trabajo (Bal, Kooji, & Rousseau, 2015) y el impacto de las personas mayores en la economía.

Y la seguridad económica como el componente clave del envejecimiento exitoso

Una manera de conceptualizar la dinámica social de desigualdad a través del tiempo es mediante el concepto de ventajas y desventajas acumulativas, el cual remite menos al poder adquisitivo que a la clase social, sugiriendo que la vida cotidiana implica actividades estratificadas que tienen como resultado consecuencias diferenciales para el bienestar, salud, longevidad y morbilidad de las persona (Douthit & Dannefer, 2007) de manera que la salud individual está atada a esas dinámicas, implicando que en la vejez se notan más las desventajas acumuladas durante la vida.

Según Huenchuan y Guzmán (2006) la pobreza en la vejez es la expresión última de la desigualdad extrema y configura el obstáculo más significativo para un envejecimiento con dignidad, calidad de vida y seguridad; la seguridad económica —definida como lo opuesto a la pobreza y la capacidad de disponer bienes económicos y no económicos— sirve para la satisfacción de necesidades objetivas pero también para la disposición de capitales

simbólicos como la autonomía, independencia y, a partir de allí, representa una condición para el ejercicio de roles significativos en la sociedad y un ejercicio de derechos plenos.

La seguridad económica a su vez comprende dos dimensiones: la situación y la posición económica. La primera está determinada por el poder adquisitivo, mismo que puede venir de diversas fuentes (trabajo, ahorro, jubilación, pensión) y está íntimamente relacionada con la posición económica anterior (en referencia al ciclo vital), no siendo la etapa inmediatamente anterior la más importante en la determinación de la situación económica en la vejez, pues también se encuentran factores como el nivel de estudios, elección de carrera, número de hijos (Huenchuan & Guzmán, 2006).

La posición económica, en cambio, se evalúa a partir de los ingresos o bienes de los individuos que componen el grupo de personas mayores en relación con otros grupos de edad o a la población total (Huenchuan & Guzmán, 2006).

También en contextos latinoamericanos se ha resaltado la necesidad de realizar análisis críticos de sentido a propósito de la transmisión patrimonial, dadas las características sociodemográficas en los términos de las relaciones intergeneracionales en contextos vulnerables, donde se sustituye el patrimonio por otros elementos (como las deudas), marcando tendencias de precarización que se transmiten de una generación a otra (Chávez-Hernández & Macías-García, 2014).

Modelos de envejecimiento

Hemos mostrado hasta ahora que, a pesar de que no es posible hablar de modelos únicos de envejecimiento, ha habido tendencias en las maneras de observar la vejez y transitar por la edad, y *hacia* la edad *a través* de una modificación en los roles sociales, principalmente asociados a alguna forma de retraimiento de las actividades del protagonismo social. Y que

esas maneras están presentes en las formas en que la vida tardía se ha estructurado en periodos y en las palabras con las que se les nombra.

También hemos dado cuenta de que los tipos de envejecimiento se encuentran condicionados directa e indirectamente por las circunstancias materiales y las (más escasas que presentes) posibilidades de gozar de alguna forma de retiro.

Esto último implica que, frente a la creciente tendencia global de hablar de envejecimientos *exitosos, activos, saludables...* hay una proporción de la población que se encuentra en circunstancias sociales de desventaja por lo que no tienen acceso a ese tipo de envejecimientos (Findsen, 2017), aunque queda pendiente un análisis sobre la manera en que están contruidos esos conceptos, es decir, extraerlos del mundo de la vida cotidiana.

De acuerdo con Tornstam (2005) los principales modelos o teorías del envejecimiento se pueden agrupar en: *patológicas* (que equiparan la vejez con la enfermedad), *de la actividad* (que asumen que todo tipo de actividad física y social es benéfica para el individuo y que la inactividad es un desajuste), *de la retirada* (que postulan que es natural que los viejos se retiren mental y socialmente), *de la continuidad* (que asumen como positivo y natural continuar con el estilo de vida e identidad de la adultez hacia la vejez), *de la máscara del envejecimiento (mask of ageing)* (que asume una distancia entre el sí mismo interior y el cuerpo que envejece).

Las diferentes perspectivas teóricas ponen en evidencia que un comportamiento dado puede comprenderse de manera diferente dependiendo de la perspectiva que se tome. Lo que viene a recalcar que nuestro entendimiento académico, como el *lego*, está condicionado por el entendimiento de la vida y la sociedad desde nuestro punto de vista.

Frente a ese escenario es importante cuestionar las herramientas conceptuales que tenemos para dar cuenta de las maneras de vivir el envejecimiento (quizá algunas de ellas *positivas*) y también las formas de articularlas con las agendas políticas y sociales. Por

ejemplo, a nivel internacional la OMS (2015b, p. 28) ha definido que la meta en el horizonte es el *envejecimiento saludable*, definido como el proceso de desarrollar y mantener la habilidad funcional que permite el bienestar en la edad adulta.

Ese énfasis en la *función* como indicador principal de lo *saludable* equiparado al *bienestar* vuelve a traer a la mesa todo el contenido desarrollado en capítulos anteriores a propósito de la definición problemática de salud, donde esta no se limita a los indicadores patológicos, orgánicos y concretos, sino que implica dimensiones subjetivas.

Además hemos hablado de cómo el concepto de *calidad de vida* fue uno de los primeros intentos por concebir ese bienestar de una manera más comprensiva atendiendo a definiciones biopsicosociales, aunque luego en un análisis crítico de ese concepto encontramos el concepto de *satisfacción con la vida* como una alternativa, sin que hayamos podido describir todavía de manera exhaustiva lo que caracteriza el envejecimiento satisfactorio o positivo, ni si se refiere a una condición frecuente o inusual, ni desde qué perspectiva (médica, social, psicológica) debe abordarse.

Entre los intentos de estudiar los aspectos positivos del envejecimiento, el término *envejecimiento exitoso* es un ejemplo relevante fundamentando en el cuestionamiento del envejecimiento como un periodo de declive y pérdida mediante indicadores objetivos de salud, longevidad, funcionamiento físico y cognitivo (J. Phillips et al., 2010).

Sin embargo, se le ha criticado porque conceptualiza el envejecimiento positivo como una prevención de... *la edad* al enfatizar un ideal libre de enfermedades (haciendo del envejecimiento exitoso una continuación indefinida de la mediana edad) y porque enfatiza, precisamente, los aspectos relacionados con el funcionamiento (J. Phillips et al., 2010). Además, se trata de un concepto individualista porque postula que las modificaciones en el comportamiento individual (la actividad física, productividad, eficiencia) son el eje principal para propiciar el envejecimiento exitoso (donde el éxito es un valor individual, asociado a

ganar). Con un modelo de envejecimiento de este tipo se espera que los viejos sean personas activas social, física y mentalmente y *que sean responsables de su propia salud*, donde los ideales de productividad se encarnan en la responsabilización de la propia *miseria de las personas que no se han activado físicamente* (Tornstam, 2005).

También, al estar fuertemente basado en indicadores de salud y biomarcadores, *sin tomar en cuenta la percepción o subjetividad de los adultos mismos*, es un concepto medicalizado. Por otro lado se han criticado los intentos de ensanchar la definición de *envejecimiento exitoso* porque en el proceso pierde operatividad (Timonen, 2016), no obstante que se ha demostrado la disparidad entre los indicadores objetivos del *envejecimiento exitoso* y la satisfacción autopercibida con el envejecimiento (Phelan et al., 2004), con lo que se ha subrayado la necesidad de dar cuenta de una manera más comprensiva de los aspectos positivos en la edad avanzada, incluyendo dimensiones subjetivas, psicológicas y sociales (Phelan et al., 2004) así como de espiritualidad y seguridad económica (Iwamasa & Iwasaki, 2011), todo ello dando cuenta de la necesidad de nuevas maneras de nombrar los tipos o modelos de envejecimiento frente a la creciente transición demográfica.

Tercera edad, cuarta edad

Hay que hacer notar algo sobre este documento: hasta ahora el término *tercera edad* ha permanecido ausente. Y ello se debe a que, a pesar de su uso generalizado no es, en realidad, un término intercambiable con *vejez*, sino que es un paradigma conceptual y parte de un modelo de envejecimiento que se ha complejizado frente al incremento de la longevidad, produciendo la necesidad de plantear una nueva terminología y división del curso de vida para incluir una *cuarta edad*.

Aunque el término “tercera edad” ya estaba presente en ciertos contextos para referirse a la *vejez* (más claramente en Francia), se le atribuye a Peter Laslett su constitución

como una teoría sobre el curso de vida por etapas (J. Phillips et al., 2010) una vez que reconoció que el término “vejez” había devenido una categoría obsoleta.

De acuerdo con el modelo de Laslett (1991, 1994) sucesión de edades supone: una *primera edad* de inmadurez, dependencia, socialización y educación; una *segunda edad* de madurez, independencia, procreación, responsabilidades y ahorro; una *tercera edad* del desarrollo personal; y, finalmente, una *cuarta edad* de dependencia final y decrepitud que culmina con la muerte. No obstante, ese paradigma, donde la tercera edad es un aspecto *principalmente positivo*, se “devaluó” rápidamente, identificándola despectivamente.

Pero podemos recuperar dos características del modelo de la tercera y cuarta edad: la primera es *que la tercera edad sería una característica nueva en la historia humana*, que solamente vino a existir una vez que hubo, *número uno*, (por lo menos) una narrativa social a propósito del retiro. Según el modelo de Laslett, antes de ello la gran mayoría de las personas transitaban directamente de la segunda a la cuarta edad (de la edad productiva a la decrepitud y muerte), y, en ese proceso, se construyó la impresión de que todas las personas retiradas eran seniles y discapacitadas, *dando a la edad tardía una imagen negativa*.

El error fundamental, frente a la esperanza de vida moderna, dice Laslett (1994, p. 439) es la persistencia del pasado: *“tomar la minoría de la vejez problemática, los crónicamente enfermos, aquellos que no pueden cuidar de sí mismos, aquellos que tienen que vivir en instituciones, aquellos que están a punto de morir, como el cuerpo completo de los retirados”*. En otras palabras: el error es confundir la tercera edad con la cuarta, lo que implica que la mayoría de las asunciones tradicionales sobre la edad están equivocadas.

Eso, sin lugar a duda, se puede leer a la luz de la fenomenología social de Alfred Schutz, donde se refiere al ordenamiento temporal del mundo de la vida cotidiana como uno donde no reflexiono sobre las condiciones de mi conocimiento y asumo la continuidad del mundo en los términos dados (Schutz & Luckmann, 2001, pp. 63–65).

Número dos, hubo un reconocimiento de que las personas en edad de retiro eran “lo suficientemente saludables en cuerpo, suficientemente alertas en la mente, y suficientemente activas en personalidad, [dimensiones bio-psico-sociales] para negar completamente las asunciones tradicionales del estado uniformemente debilitado de las personas mayores” (Laslett, 1994, p. 440). Este postulado sobre la tercera edad se ilustra perfectamente con el ya mencionado estudio de Phelan y colaboradores sobre la asimetría entre los testimonios de la satisfacción con el envejecimiento y las mediciones objetivas de envejecimiento exitoso.

Por lo demás, Laslett conjetura que la proporción de personas relativamente saludables y capaces de vivir una vida persiguiendo sus propios objetivos y cumpliendo sus roles sociales incrementaría si las actitudes sociales, públicas y privadas, cambiaran a la luz de los hallazgos, reduciendo el “*lamento universal sobre la carga de la vejez*”, por lo que la propuesta de una tercera edad como una etapa del desarrollo sería a la vez una herramienta gerontológica social para disminuir las percepciones negativas sobre el envejecimiento.

Cabe subrayar que este paradigma conceptual no implica una negación del deterioro físico y psicológico que ocurre naturalmente con el paso del tiempo, aspectos que se recogen en el término *cuarta edad*. Que viene a significar *el horizonte de la pérdida de la movilidad y de la mente*, un imaginario en el que la demencia subordina la mente al cuerpo donde deambular y *perdersse (de manera figurativa y literal)* es el indicador por excelencia de la “verdadera vejez” (Brittain, Degnen, Gibson, Dickinson, & Robinson, 2017).

La negación que sí está presente es la de la vejez como un destino inevitable de la decrepitud, postulando la separación de una tercera edad como periodo de vida distinto, una nueva etapa de vida... *entre la mediana edad y la vejez dependiente*.

Aquí importa hacer referencia a que el modelo de la tercera y cuarta edad está influenciado por el modelo de *compresión de la morbilidad* de Fries (2005), quien postula

que, con las tendencias de salud que trajeron la transición demográfica, la proporción de vida en enfermedad se concentrará en un periodo antes de la muerte que cada vez es más corto.

Este modelo ha recibido una serie de críticas. En primer lugar, que el término *tercera edad* vino a sustituir el de *retiro* (J. Phillips et al., 2010, p. 213) y que, por tanto, es un paradigma producido desde una óptica del privilegio. Similarmente, Gillear y Higgs (2010) han interpretado el modelo como un campo cultural (con las consecuencias que ello tiene en el sentido bourdiano), y a la tercera edad como un ámbito del consumo. También se ha criticado que la tercera edad se refiere a un tipo de *envejecimiento exitoso* por el énfasis en la individualidad y la libertad, sobreenfatizando la agencia individual, dejando de lado la consideración de estructuras sociales como el género y la clase (J. Phillips et al., 2010).

No obstante cabe señalar que una propuesta similar a la diferencia entre tercera y cuarta edad se ha descrito en contextos latinoamericanos y que se ha nombrado con otros términos. Por ejemplo Robles Silva y colaboradores (2006) hablan de una *prevejez*, mientras que Klein (2016) se refiere a una *adultez posmayor*, y a los *paradigmas ambiguos de la vejez* (Klein, 2013), que implican una yuxtaposición de visiones y experiencias sobre la vejez: mientras que anteriormente la vejez solía significar el límite de la construcción de subjetividad, *pues el retiro anticipaba la muerte*, actualmente implica un escenario de nuevas oportunidades y desafíos. En ese contexto, Klein llama a encontrar los límites sociales, culturales y económicos entre los llamados viejos tradicionales y *de ruptura*. Esto conlleva también a la confrontación sobre el orden denominativo, pues los viejos *rupturistas* rechazan el mandato de la decrepitud que conlleva la etiqueta viejos.

Lo cierto es que los paradigmas continuos de *tercera edad*, *prevejez* o *vejez rupturista* implican la posibilidad de vivir una vejez enriquecedora, “vivir como se quiere” (Higgs & Jones, 2009; Klein, 2013; Laslett, 1991), pero además resaltando la necesidad de dar cuenta de la caducidad de la vejez como una categoría homogénea, necesaria, incuestionable, y de

la necesidad de emplear nuevas herramientas de lenguaje para nombrarlas, resaltando el problema de “*cómo denominar aquello que ya no se puede nombrar como se denominaba, lo que implica que cualquier denominación no puede ser sino acotada, injusta o generadora de malestar*” (Klein, 2010).

Eso mismo fue reconocido por Laslett, frente a su propio envejecimiento, al indicar que el paradigma conceptual de la tercera y cuarta edad sería apenas una transición, donde el futuro tendría que proveer un reemplazo de los adjetivos numéricos y nominales por conceptos que fueran más efectivos epistemológica y prácticamente.

El reconocimiento más significativo es que tenemos frente a nosotros una necesidad de significar nuevas maneras de transitar la vejez. Klein (2013) advierte que en los modelos ahora caducos, el retiro anticipaba la muerte y como tal, la vejez solía ser aquel límite de construcción de subjetividad, el fin de la biografía. Y en ese panorama propone una estructura psicosocial llamada “*viejos-no viejos*” de personas que no aceptan el mandato social de la decrepitud, viendo frente a sí vida y no muerte.

El modelo *gerotrascendente* del envejecimiento

Otro modelo construido frente a esa necesidad de concebir nuevos tipos de vejez es el que Lars Tornstam (2005) propuso con el nombre de *gerotrascendencia* como parte de la gerontología crítica (Bengtson, Burgess, & Parrott, 1997) que provee marcos teóricos alternativos y de empoderamiento, rechazando las metanarrativas universales sobre el envejecimiento y la individualización de las desigualdades (Estes & Phillipson, 2007).

Si bien la gerontología crítica parte de un reconocimiento de cierto grado de construccionismo social sobre el envejecimiento, y de una consideración de las dinámicas de poder que estructuran los efectos de la edad, de igual manera tiene un importante reconocimiento de agencia humana (Estes & Phillipson, 2007).

Para Tornstam (2005) el asunto del envejecimiento se encuentra atravesado por los problemas de centrismo (a la manera del etnocentrismo, antropocentrismo) en los que los grupos socialmente mejor posicionados se perciben a sí mismos como naturales y mejores que *los otros*, los ajenos, extraños e inferiores. Ese problema de otredad está presente en la cultura, la clase social, el sexo, y... en este caso, *la edad*, proyectando la vejez como aquello ajeno al protagonismo social.

Por ejemplo, se ha proyectado la vejez como una etapa de la soledad, no obstante que el grupo etario de 20 a 29 años es el que más sufre de soledad, ansiedad e infelicidad en todo el mundo (Fingerman & Baker, 2007; Tornstam, 2005) y en México, reflejándose en las edades jóvenes las mayores tasas de soledad, depresión, desesperanza y suicidio, muchas veces como efectos de la exclusión social (Chávez-Hernández & Macías-García, 2015).

Parte de la propuesta de Tornstam (2005) implica un reconocimiento de que la academia y la ciencia —incluyendo la gerontología— están impregnadas de prejuicios, proyectando sus propias visiones sociales, valores, y expectativas hacia vejez, reflejando en las teorías sobre el envejecimiento a la sociedad que las produce. De ello resulta que en la cultura occidental el envejecimiento haya sido tamizado a través de los valores del funcionalismo americano, individualista, que valora la autosuficiencia, independencia, productividad como entidades naturales y de prestigio social, configurando modelos de envejecimiento óptimo o positivo asociados precisamente a esos valores.

Lo que corresponde con esos modelos es una expectativa de encontrar a viejos *débiles* y *abandonados*. En gerontología se ha valorado, por ejemplo, el tema del trabajo, y se ha desarrollado un campo alrededor de los efectos adversos del retiro en la salud y el bienestar psicológico y físico, describiéndolo *como un trauma*. Pero existe, dice Tornstam (2005) una experiencia común de *nuevos gerontólogos*, al encontrar que las personas viejas que estudian no están tan desoladas como lo esperan, el primer destino es cuestionar los procedimientos

de muestreo y del análisis o asumir mecanismos de defensa en los viejos que no expresan sus condiciones lamentables:

Parece que cada nuevo gerontólogo empieza asumiendo que existe un “choque del retiro” y se sorprende cuando los datos empíricos les contradicen; algunos (...) explican sus hallazgos como pensamientos de deseo por parte de los informantes mientras que otros los aceptan como válidos y pasan a nuevas líneas de pensamiento, aunque de cualquier manera prefieren enfocarse en la minoría con problemas, en lugar de preguntarse por qué traemos con nosotros las expectativas de la miseria (Tornstam, 2005, p. 18).¹⁶

De manera que, según Tornstam, los investigadores intentan justificar esos hallazgos primero como errores metodológicos y no como errores teóricos, asumiendo, en terminología de este trayecto, que el mundo empírico es en términos dados.

Como ya fue explicado en el planteamiento, es posible que los énfasis en la perspectiva de la vejez asociada con la miseria sean bienintencionados, a decir, que solamente al mostrar las condiciones de adversidad se puede pujar por la mejora de esas condiciones. Lo que representa un predicamento porque al mismo tiempo queremos proporcionar argumentos para los cambios sociopolíticos sobre la vejez en la adversidad, pero no queremos contribuir con la estigmatización de una mayoría de los viejos tomados como, en los términos de Laslett, la minoría enferma que no puede cuidar de sí misma y que está a punto de morir.

¹⁶ Esa viñeta en los desarrollos de Tornstam vino a proporcionar, de manera retroactiva e insospechada, un eco a propósito de este estudio que fue originalmente diseñado con base en la expectativa de encontrar viejos afectados de manera negativa en términos subjetivos... *como han sido descritos hasta ahora en la mayoría de los estudios sociales sobre viejos en nuestro país* (como se evidencia en el siguiente capítulo). Al contrario, hubo esa *sorpresa de gerontólogo novato* de encontrar una prevalencia mayor de afectos positivos. El espíritu inductivo de una investigación cualitativa permitió reajustar las direcciones a partir de esos hallazgos. Claro que al mismo tiempo hay un reconocimiento del sesgo en esta investigación en los términos de la *relativa seguridad económica* que proporciona el retiro.

A partir de sus metaanálisis y de los resultados de sus propias investigaciones, Tornstam ha debatido los mitos sobre la vejez a través del concepto de gerotranscendencia. Si bien desarrollar exhaustivamente las características de ese concepto rebasan las intenciones de este capítulo (cuando están dirigidas al trato y atención gerontológica), conviene decir que están basadas en un entendimiento fenomenológico de la vejez donde en lugar de ser definida desde la perspectiva externa, se propone una perspectiva subjetiva del envejecimiento en la que los significados atribuidos permiten encontrar cabida a experiencias que desde otros modelos del envejecimiento se explican como patológicas o del desajuste.

Por decir algunos ejemplos (todos ellos proporcionados y contrastados de manera empírica por Tornstam): donde una recurrencia a contar historias del pasado puede ser leída como signos de deterioro cognitivo leve (DCL), confusión o, peor, de demencia (en el argumento de que la memoria de largo plazo ha quedado mejor fijada que la memoria de trabajo o de corto plazo), una perspectiva gerotranscendente implica (no descartar la posibilidad de una patología, pero el comportamiento ha sido identificado en personas “perfectamente sanas”) comprender un cambio en la relación que un sujeto tiene con el tiempo, vinculándose de una manera *trascendente* con los antepasados y descendientes en una “cadena de generaciones”.

También: allí donde se puja por la actividad (física, mental y social) como un eje indispensable en los abordajes gerontológicos, habría que considerar que un sujeto viejo podría no tener los mismos intereses ni la energía que las personas jóvenes, implicando algún grado de pasividad que podría estar basada en el incremento de la selectividad de actividades, optando por las que encuentra significativas y descartando las que encuentra superficiales, en un tipo de ascetismo contemporáneo.

En este sentido, Fingerman y Baker (2007) han mostrado que aunque los viejos tienen redes sociales más acotadas que los jóvenes, aquellos se sobreponen de las barreras como la

distancia geográfica o la frecuencia del contacto de los seres queridos (que afectan más a los jóvenes adultos) lo que explica que estén más satisfechos con sus relaciones interpersonales.

Y uno último: sobre cómo la pérdida del miedo a la muerte se ha interpretado como una expectativa de salida para el dolor, tanto físico y mental, cuando en su lugar podría ser una expresión de fuentes trascendentales de sentido, en comparación de “los eventos espectaculares” que le dan sentido a la vida en la juventud.¹⁷

Todos estos ejemplos proporcionan una posibilidad de comprensión fenomenológica de los individuos que envejecen, cambiando un modelo del envejecimiento construido desde el exterior por uno que se construye desde la experiencia, asumiendo que los individuos cambian y se desarrollan gradualmente. Con todo, se trata de mostrar las posibilidades teóricas a propósito de los contenidos cualitativos de la vejez, en vez de ser observada, definida y comprendida desde perspectivas enajenantes.

Imágenes negativas vinculadas a aspectos estéticos y de función del cuerpo

Si bien de hasta ahora se han expresado algunas consideraciones sobre las percepciones negativas sobre el envejecimiento, esos señalamientos han sido de manera dispersa, por lo que resulta pertinente abordarlas de manera puntual desde dos ejes: en términos de la apariencia y la discapacidad, ambas originadas en aspectos corporales, por un lado estéticos y por otro, funcionales.

¹⁷ Aunque en este documento se han discutido exclusivamente visiones occidentales sobre el envejecimiento, los dos últimos ejemplos de comportamientos gerotrascendentes merecen una viñeta de Confucio recuperada por Achenbaum (2007), quien da cuenta de la experiencia de una división social del envejecimiento en el mundo oriental, en función de la edad, caracterizada por un desarrollo moral: “a los 40 años yo ya no tenía dudas; a los 60 nada en la tierra me podía inquietar; a los 70 podía seguir los dictados de mi corazón porque ya no transgredían los límites de la justicia”.

Si bien hemos proporcionado argumentos de que en la sociedad contemporánea y *somática* el cuerpo vino a ser un capital para transitar el mundo, también hemos mostrado que la asociación entre la apariencia y función de los cuerpos viejos y las actitudes negativas están presentes *desde el principio* como expresiones frente a la finitud de la vida humana.

De acuerdo con Featherstone y Hepworth (2007) conviene prestar atención a la manera en que las *imágenes* circulan en la sociedad, dando sentido al proceso del envejecimiento biológico. De acuerdo con ellos, el cuerpo está expuesto al escrutinio público en las superficies externas del cuerpo humano, por lo que puede ser interpretado positiva o negativamente, como signos del prestigio social o de una vida bien vivida... o como el testimonio de la decadencia y el lamento. Y porque el envejecimiento biológico muestra sus efectos en las superficies, *todas las imágenes de seres humanos son identificables en términos de su edad, y cada imagen humana es una imagen del envejecimiento* que se codifica culturalmente y está abierta a la variedad de interpretaciones.

De manera que las imágenes se pueden entender de dos maneras: como una *imago* que implica producir una copia o una figura de un objeto, o, número dos, en asociación a la *imaginación* para construir y dar forma a una imagen de la realidad, entendida como una proyección imaginativa de un objeto... por lo que tanto la iconografía como los discursos sociales sobre la vejez no deben ser vistos como descripciones o registros documentales de las condiciones reales históricas de las personas viejas, sino como representaciones culturales y *textos sociales prescriptivos* (Featherston & Hepworth, 2007; Higgs & Gilleard, 2017) que influyen en la percepción del envejecimiento y en su experiencia.

Y a partir de esa dualidad de las representaciones de la vejez podemos comprender que la heterogeneidad de la experiencia no coincida con los estereotipos que se han construido... dicen los autores que *“aun cuando sufren de enfermedades o discapacidad física, muchas personas mayores continúan disfrutando vidas independientes y*

gratificantes” (Featherston & Hepworth, 2007), proporcionando evidencia de que muchos aspectos negativos de la edad no están determinados biológica o cronológicamente sino que también son el resultado de los significados que los individuos atribuyen al proceso de la vida tardía. Esto se entiende bien mediante el modelo de la *máscara del envejecimiento*, donde el cuerpo se percibe insuficiente para expresar la experiencia subjetiva, cuya identidad pudo haberse fijado en etapas más tempranas del curso de vida.

No obstante, habiendo reconocido que el envejecimiento tiene un fundamento biológico, y que hay un incremento en la propensión de enfermedades, habría que atender a la manera en que se configuran imágenes de la vejez, asociándola con enfermedad y dependencia, y los reflejos que esa configuración tiene en las experiencias (nivel micro), en la participación social (nivel meso) y en el nivel de políticas públicas orientadas hacia la salud (nivel macro) (Higgs & Gilleard, 2017; Higgs & Jones, 2009, p. 20).

Por ejemplo, en el *imaginario social* se ha identificado la demencia como el núcleo del problema del envejecimiento, configurando una imagen de la vejez como las pérdidas, principalmente cognitivas, que se reproduce en los discursos sociales (Higgs & Gilleard, 2017), equiparando el envejecimiento a una *muerte social* (pérdida del espacio como adulto) a través de la demencia (la “*pérdida de la mente*”) (Sweeting & Gilhooly, 1997).

Ese proceso ha sido descrito como la “*alzheimerización del envejecimiento*” (Gilleard & Higgs, 2000; Higgs & Gilleard, 2017; Williams, Higgs, & Katz, 2012) que reproduce una visión sobre la vejez basada de manera casi exclusiva en el deterioro, donde el efecto más notable de ha sido incrementar la ansiedad pública, dando cuenta de que la demencia pone en perspectiva lo que significa ser adulto, ser persona y ser un ciudadano con derechos.

No obstante, hemos proporcionado evidencia de que las proporciones de personas mayores con discapacidad mental representan un número relativamente pequeño (sin que ello implique desestimar las necesidades que presentan las personas afectadas por ese tipo de

condiciones). Y se han descrito (Schaie & Willis, 2016; Segal et al., 2018) tres patrones generales de envejecimiento: el *envejecimiento normal o usual* (que sería el patrón dominante donde no hay patología biológica o mental), el *envejecimiento óptimo* (condición utópica en la que las condiciones del desarrollo mejoran con la vejez) y el *envejecimiento patológico* (marcado por la enfermedad y en particular mental).

Habría que notar de ello que el concepto de envejecimiento *normal* remite tanto a una normalidad estadística como a una definición funcional, donde lo normal contrasta con lo deseable, es decir, que el patrón de envejecimiento usual admite ciertos grados de deterioro y “altibajos comunes de la vida” (Segal et al., 2018), poniendo de nuevo en perspectiva la diferencia entre lo *patológico* y lo normal, con un fuerte componente de funcionalidad aunque posiblemente mediada por la mirada de los otros. Por ejemplo, habiendo reconocido que la mayoría de las personas presentan comorbilidad de diagnósticos crónicos, podría alguna persona en concreto verse afectada mayormente por la tristeza secundaria de la posición social de esa condición que de la condición misma.

En ello encontramos convergencia con el espíritu de la gerontología crítica, proponiendo traer al primer plano los prejuicios que también están presentes en los abordajes científicos que culturalmente valoran la juventud, en su paso reproduciendo la asunción de que las personas mayores son frágiles y una carga, configurando el cuadro de un desastre demográfico inminente. No obstante, la edad adulta mayor también puede significarse y ser una experiencia positiva y hemos proporcionado una serie de construcciones conceptuales para dar cuenta de ello.

Capítulo 7. Estudios previos de envejecimiento, experiencia y cuerpo

Aunque se produce una cantidad considerable de estudios sobre envejecimiento en México y el mundo, el nicho de estudios cualitativos en ese campo ha resultado ser bastante restringido —y aún más si tomamos solamente aquellos que tuvieron por objeto estudiar la *experiencia*—. En ese sentido, la búsqueda de antecedentes de investigación para este estudio representó un desafío por los contenidos apenas parcialmente empalmados con la intersección temática de este estudio.

Este capítulo no pretende exponer de manera exhaustiva una recopilación de investigaciones, en tanto que, *uno*, se descartaron todas aquellas que no se han podido entamar con los objetivos y óptica de este estudio, como, *dos*, ya han sido proporcionados datos empíricos allí donde fueron necesarios a lo largo del desarrollo de las últimas doscientas páginas.

En cambio, el capítulo está orientado por el criterio de la *relevancia* para mostrar, *uno*, el tipo de estudios que se han realizado en México y Latinoamérica a propósito del envejecimiento, y sus hallazgos. *Dos*, el tipo de estudios que orientados por la fenomenología se realizan, independientemente de su ubicación geográfica, y *tres*, mostrar los conceptos y métodos que dan forma a esos estudios.

Para cubrir esos objetivos se reportan los estudios considerados más paradigmáticos y relevantes para esta investigación, presentados en una trama sistemática de revisión. Ello no significa que se han buscado los datos que a conveniencia convergen con los objetivos de este estudio, lo que se pone en clara evidencia cuando se reportan contradicciones entre la literatura reportada y nuestros hallazgos.

Cabe decir que la inclusión no estuvo restringida a artículos orientados sociológicamente (aunque se les tuvo en prioridad, en concordancia lógica con la justificación teórica de los capítulos 3 y 4). Esa estrategia permitió no nada más recuperar

valiosa información de otras disciplinas —en la deseabilidad de puntos de encuentro que hay en gerontología y ciencias sociales— sino que también permitió comprender el lugar en el que se encuentran las prioridades científicas para *leerlas con un sentido de reflexividad*. A decir, en un ejemplo claro, que mucha investigación sobre envejecimiento orientada fenomenológicamente se halló en revistas científicas de enfermería.

En concordancia con Patricia Benner (en Chan, Brykczynsky, Malone, & Benner, 2010), eso se puede comprender mediante el reconocimiento de que la investigación cualitativa y fenomenológica —que prioriza la *escucha* de los *sujetos actantes* y la *experiencia subjetiva* de pacientes—, ha encontrado lugar allí donde se enfatizan los aspectos del *cuidado* dentro del *establishment médico*, en comparación con otras posiciones de autoridad que enfatizan el régimen, el control y la prescripción.

La estrategia de búsqueda consistió en la consulta de bases de datos académicas utilizando las siguientes palabras clave (en español e inglés) en las combinaciones lógicas posibles: *adultos mayores, Bourdieu, corporalidad, cuerpo, embodiment, enfermedad, envejecimiento, experiencia, fenomenología, habitus, hexis corporal, incorporación, Merleau-Ponty, prácticas corporales, personas adultas mayores, salud, Schutz, vejez*. El criterio inicial de referir únicamente estudios publicados en la última década se retiró.

Ejemplos de estudios cualitativos sobre envejecimiento en México y Latinoamérica

El libro publicado por Robles Silva, Vázquez Palacios, Gómez Reyes y Orozco Mares (2006) constituye el texto *extenso* más cercano a esta investigación, tanto en sentidos geográficos (la investigación tuvo lugar en México) como de enfoque (cualitativo orientado fenomenológicamente). Una tercera similitud consiste en que ese estudio parte de la necesidad de estudiar a profundidad la experiencia de la población mayor en nuestro país

para desarrollar estrategias contextualmente ubicadas —una necesidad que sigue descubierta a pesar de la década desde ese estudio—.

En el reconocimiento de que no hay mucha investigación cualitativa sobre envejecimiento en México, los autores (Robles Silva et al., 2006, p. 23) sistematizaron los estudios que sí hay, en 4 categorías: estudios demográficos, estudios de perspectiva económica alrededor de las pensiones, estudios sobre condiciones de salud y estudios sobre las relaciones sociales de los ancianos; frente a ese contexto encuentran una necesidad secundaria de poner en perspectiva los hallazgos que *los investigadores mexicanos siguen documentado* a propósito de la asociación de la vejez con la debilidad y dependencia.

No obstante, hay dos diferencias importantes entre ese estudio y el aquí presentado: en primer lugar, el de ellos se trata de un estudio *antropológico* (lo que impacta en el peso que dan a aspectos como, por ejemplo, *la religión* como refugio ante los estigmas de la vejez y como catalizador de la dinámica social) y, en segundo lugar, el suyo tiene la característica de estudiar la vejez en la pobreza... *porque en México la mayoría de los ancianos son pobres y la desigualdad social y exclusión social se incrementan en la vejez, que luego opera como una condición en sí misma de vulnerabilidad*. A pesar de esas diferencias, constituye uno de los estudios más sólidos y sus hallazgos se reportan a lo largo de este capítulo.

El estudio de emociones sociales y subjetividades en adultos mayores de Enríquez Rosas (2011), realizado en Guadalajara, también tuvo un muestreo en condiciones de pobreza, encontrando una fuerte vinculación entre exclusión social y las emociones de adversidad, tristeza, incertidumbre, inseguridad y desamparo, emociones que configuran el *“paisaje socioemocional de la experiencia de la vejez cotidiana en la precariedad”*.

La adversidad como punto de partida también está en el texto de Arroyo R. y Salas M. (2013), quienes recuperaron testimonios de personas mayores para estudiar la subjetividad (la... *“experiencia vivida”*) y las identidades individuales y sociales en personas

mayores con enfermedad crónica y dependencia física para las actividades básicas de la vida diaria (o *ADLs* por las siglas en inglés de *activities of daily living*, un indicador frecuente en estudios gerontológicos). Su muestra consistió en personas que no tenían los recursos económicos necesarios para hacer frente a los costos de la medicina y la atención médica.

En ese estudio (Arroyo R. & Salas M., 2013) reportan *imágenes* del cuerpo construidas en torno al dolor y deficiencia, y a partir de allí encontraron una autodevaluación por los *cuerpos que dejaron de responder* y que *perdieron las capacidades de satisfacer las necesidades mínimas, teniendo que depender de otros para sobrevivir*. De manera consecuente encontraron que esas imágenes *minan la identidad y la percepción de sí mismos*, luchando contra un ideal del cuerpo (imagen), por un lado y, por otro, contra un obstáculo (físico). Los autores concluyen que uno de los mayores miedos en la vejez es la dependencia.

Nosotros podríamos leer esos resultados a través del trayecto teórico que hemos dibujado, y sumar algunos comentarios propósito de la *máscara del envejecimiento* (en esa asimetría entre el cuerpo y la identidad) como una consecuencia esperable del cuerpo envejecido y la discapacidad, así como reconocer el miedo de la dependencia por su interpretación como una muerte social más que como una muerte física, a la luz de la pérdida de agencia, intención e identidad... *el miedo de perderse socialmente*.

Aunque reconocemos que de hecho hemos recuperado información valiosa de los últimos dos estudios referidos, a decir, el de Arroyo R. & Salas M. (2013) y el Enríquez Rosas (2011), es posible levantar una sospecha a propósito de las hipótesis que se cumplen perfectamente, encontrando lo que buscaban (en Arroyo y Salas: *“personas poseedoras de cuerpos sin salud, enfermos y lastimados”* y *“experiencias aniquilantes y destructivas que limitan la posición en el mundo”*). En ese sentido es posible leerlos como ejemplos locales de los tipos de textos que Tornstam (2005) ha identificado como bienintencionados y valiosos porque sirven para mejorar las condiciones de los adultos mayores en desventajas sociales

—que en nuestro país *son la mayoría*, suscribiendo el postulado de Robles Silva y colaboradores (2006)— pero posiblemente alimentados por las expectativas sociales del declive en la vejez.¹⁸

Pero dos observaciones suman a nuestra sospecha de *profecía autocumplida*: la primera consiste en que mucha de las fuentes consultadas por los autores reproducen esa visión de la vejez equiparada a la discapacidad (posiblemente suscribiendo un mundo de la vida cotidiana a propósito del envejecimiento), y la segunda consiste en que el reporte de resultados tiene momentos opacos: por ejemplo, Arroyo R. y Salas M. (2013) expresan que “en un buen número de casos” las experiencias de discapacidad y dependencia estuvieron vinculadas con la realización de actividades de la vida diaria (ADL)... pero sin decirnos la magnitud de ese *buen número*. Lo mismo ocurre cuando reportan prevalencias de 10 a 20% de discapacidad, 15% de limitaciones en actividades de la vida diaria (ADL) y 13% en actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), a los que en otro párrafo simplemente se les refiere como *números grandes*.

Entre los estudios reportados, el texto de Reyes Robles y colaboradores es excepcional en dos sentidos: de manera literal (implicando escasez) y de manera metafórica (reconociendo su alto nivel investigativo). Desafortunadamente en la región son escasos los

¹⁸ Cabe decir que de manera reiterada se ha reconocido el sesgo que tiene esta investigación al tener por muestra personas en la relativa seguridad económica, no pretendiendo dar cuenta de maneras exhaustivas de experimentar la vejez sino principalmente de la vejez en esa posición social. Ello se ha explicado tanto por la naturaleza inductiva del estudio (*esas fueron las experiencias que los viejos proporcionaron en el campo estudiado*) como que retroactivamente lo hemos justificado a la luz de la gerontología crítica (ver capítulo 6) y de las experiencias previas de estudiar, por ejemplo, adultos sanos (Dekkers, 2013) y adultos no institucionalizados (Brännström et al., 2013) para reducir *en los términos posibles*, la confusión entre los efectos de esas condiciones y el envejecimiento, lo que en esta investigación viene a expresarse en los términos de la seguridad económica.

estudios de esas características, pues se publican algunos textos sobre la vejez con conclusiones que no están respaldadas por aspectos empíricos y que tampoco destacan por ser teóricos (por decir un ejemplo, ver Cerquera Córdoba & Quintero Mantilla, 2015).

Otro tipo de estudios exploratorios han buscado describir —enfáticamente sin desestimar su valor— las condiciones socioeconómicas de los viejos y la efectividad de los programas sociales (por ejemplo, el estudio reciente de Román Macedo, Garay Villegas, & Montes de Oca Zavala, 2018), resaltando la necesidad de producir *más información, más profunda* a propósito de la vejez (de nuevo, necesidad en la que se monta esta investigación).

Cabe decir que con ese estudio (Román Macedo et al., 2018) subrayamos la insuficiencia en la cobertura de servicios de seguridad social (salud y pensiones), a pesar de la existencia del Seguro Popular¹⁹ que fue diseñado para atender a la población desprotegida por las instituciones de salud que tienen como requisito la adhesión a la economía formal... mostrando que las personas mayores reciben ayuda económica de sus familiares y participando (muchas veces de forma precaria) en el mercado de trabajo.

En sus conclusiones señalaron que el panorama demográfico posiblemente contribuya con la situación de pobreza, y evaluaron los programas de apoyos económicos (en este caso, *Oportunidades y 70 y más*) como positivos, consistentes y eficientes, contribuyendo a cubrir las necesidades aún pendientes por el sistema de seguridad social de México.

Hallazgos sobre vínculos sociales

Gran parte de los hallazgos reportados en estudios sociales realizados en Latinoamérica giran alrededor de los vínculos sociales de las personas mayores, la mayoría

¹⁹ Para un panorama de la seguridad social en nuestro país, ver el texto publicado por Gómez-Dantés y colaboradores (2011).

de las veces a propósito de temas como el cuidado y el soporte intergeneracional, y las circunstancias económicas alrededor. Es importante señalar esa característica porque no se apreciaron las mismas prioridades en estudios internacionales, como se explica más adelante.

Por ejemplo en la investigación de Robles Silva y colaboradores (2006) se confirmó la prevalencia de cuidado de ancianos por la familia, lo que los ubicó como miembros dependientes. De acuerdo con los autores, aunque en todas partes del mundo el cuidado filial prevalece, en México presenta algunas características distintivas, entre las que se encuentra la "ultimogenitura", es decir, que la función de cuidado se adjudica al último hijo o hija y, dependiendo del contexto social, esa persona se queda a vivir con los padres para cuidarlos, muchas veces siendo su retribución recibir las herencias.

En la experiencia de los ancianos, ellos preferían ser cuidados por hijos del mismo sexo (tanto en zonas rurales como urbanas) con un fuerte rechazo por ser cuidados por un hijo del sexo opuesto, especialmente en zonas urbanas (en las rurales se veía como algo extraordinario y humanitario). Ese rechazo estaba mucho más presente en el caso del cuidado de una mujer mayor por un hijo varón, porque se interpretaba como inadmisibles una *relación corporal* aun cuando fuera con fines de cuidado: un hijo varón no podría asear a su madre anciana porque miraría y manipularía su área genital.

Un concepto tratado por los autores (Robles Silva et al., 2006) es el de la jerarquía del cuidado o *jerarquía de la sustitución*, el cual se refiere orden del parentesco en que se otorgan cuidados a los ancianos. La jerarquía de la sustitución suele tener una forma más o menos universal (comenzando con el cónyuge, hijos, otros parientes, y finalizando con amigos o vecinos), aunque en México los investigadores encontraron diferencias: en primer lugar, *no aparece el cónyuge* y, en segundo lugar, aunque tanto en contextos urbanos y rurales la familia tenía el primer lugar en la jerarquía, la responsabilidad se experimentaba diferencialmente como individual o colectiva: en zonas urbanas se individualizaba,

especificando el parentesco (la jerarquía comenzaba con una hija o hijo) mientras que en el contexto rural se colectivizaba la ayuda (“la familia”).

Destaca también que en lo rural el final de la jerarquía era el abandono absoluto (familia, vecinos, amigos, alguien de la comunidad y... *nadie*) mientras que en las zonas urbanas terminaba con asilos o albergues (hijos, vecinos, amigos y... *asilos o alberges*). De igual manera es fundamental no perder de vista la estructuración en cuanto al sexo de la jerarquía de cuidado: la mayoría de las veces eran mujeres las que cuidaban a los ancianos, y allí donde las hijas no estaban disponibles, *o no las había*, el cuidado recaía en las nueras.

El cuidado por parte de los hijos estaba enmarcado en tres principios: reciprocidad, amor o afecto y obligación, donde los hijos debían retribuir el cuidado que ellos recibieron siendo niños (Robles Silva et al., 2006). Y en ese sentido se habla de los cuidados como un resultado de la dependencia tanto biológica como social.

Esos hallazgos coinciden con los encontrados en Chile por Herrera y Fernández (2013) sobre solidaridad intergeneracional, quienes reconocieron el cambio de patrones que afectaban la *continuidad de la red de apoyo social entre generaciones*. Según ellos, en Latinoamérica la familia sigue siendo “*la principal agencia de bienestar y el ámbito privilegiado para la atención de los mayores, manteniendo su función proveedora de ayuda y cuidados*”. No obstante, los patrones demográficos de la transición que ya hemos descrito han disminuido el número de familiares (y en realidad de *hijas*) para hacerse cargo de las personas mayores en el proceso llamado “verticalización de la familia”, en el que las familias cada vez son más pequeñas, habiendo menos generaciones colaterales, por lo que se propicia un intercambio de recursos financieros, instrumentales y emocionales *entre padres e hijos*.

El énfasis de los hallazgos se encuentra en la reciprocidad de ese intercambio. Se encontró que los adultos mayores reciben principalmente de sus hijos ayuda económica,

apoyo emocional, cuidados en momentos de enfermedad y ayuda doméstica, pero aportan también apoyo material, consejos y muchas veces el cuidado de los nietos.

En el estudio de Herrera y Fernández (2013) se repite el patrón encontrado por Robles Silva y colaboradores (2006), donde las hijas tienden a ser las cuidadoras principales, mientras que los hijos proveían otros tipos de “apoyo social” como parte de la *responsabilidad filial*, que es la norma moral implícita de que los hijos cuidan a los padres.

En este caso la responsabilidad filial opera como parte de un contrato social. Al interiorizarse durante la socialización, cuidar a los padres no es tanto una decisión racional o intencionada, por lo que forma parte del mundo de la vida cotidiana y puede comprenderse en fenomenología social a la luz de la idealización del “*y así sucesivamente*”: mis padres cuidaron de mis abuelos, yo cuidaré de mis padres, y mis hijos cuidarán de mí, estableciendo una institución de la confianza del cuidado.

También cabe decir que los hallazgos de Herrera y Fernández (2013) reflejan los ya mencionados de Leeson y Harper (2007) sobre el papel activo y protagónico de las personas mayores en la vida comunitaria de Latinoamérica *al contribuir más apoyo financiero y práctico a amigos y familiares que el que reciben*. resaltando una importante relación bilateral y recíproca de apoyo entre los adultos mayores y el resto de la sociedad. (Ello no significa que consumimos esos hallazgos de manera acrítica como algo positivo, pues habría que contrastar las prácticas de reciprocidad filial en los contextos donde las condiciones económicas y sociales son holgadas para... *restar a la ecuación* la variable de la necesidad).

Pero contrastan con los de Robles Silva y colaboradores (2006, p. 99), quienes reportan que el llegar a edades viejas no fue percibido como un logro sino como un tormento, por *el desplazamiento de poder que sufre el anciano*. Ese tipo de *muerte social* hacía que los viejos en muchas circunstancias manifestaran preferir, en efecto, la muerte (lo que se mitigaba cuando las relaciones afectivas eran sólidas y el estatus social era alto).

Si bien hemos transitado un gradiente, donde los estudios de Herrera y Fernández (2013) y Leeson y Harper (2007) ya no están enfocados en la vejez patológica o dependiente, cabe decir que todavía descansan demasiado en aspectos económicos, por lo que sigue quedando una deuda de estudios de tipo cualitativo. En contraste encontramos, con Klein (2013), la necesidad de estudiar en Latinoamérica los nuevos envejecimientos y las nuevas *relaciones transgeneracionales* que emergen frente al rechazo de la idea clásica de la vejez, donde los mayores adoptan estilos de subjetividad *confrontativa de roles* que hasta ahora se había atribuido de manera casi exclusiva a los adolescentes.

Ejemplos de estudios fenomenológicos sociales sobre cuerpo y personas mayores; muestras internacionales.

En línea con lo anterior, hay una tendencia creciente de investigaciones cualitativas y fenomenológicas sobre *nuevas identidades* en la vejez, vinculadas con aspectos estéticos y de imagen corporal, como son los estudios desarrollados en Inglaterra por Sadkowska (Sadkowska, 2016; Sadkowska et al., 2015), Thomas y Wardle (2014) y Twigg (2013).

Lo que nos interesa recuperar de estudios como esos es conocimiento sobre los tipos de preguntas que tienen los científicos sociales en otras regiones a propósito de envejecimiento, así como ubicar sus estrategias teóricas y metodológicas. Cabe decir que, aunque se revisan estudios internacionales sobre imagen e identidad en contextos del privilegio (más un excedente que una necesidad), todavía es prioridad global la investigación del envejecimiento en la desventaja, *lo que también está presente en esos lugares*.

Llama la atención, sin embargo, que mientras los estudios latinoamericanos revisados enfocaban esos esfuerzos en aspectos económicos y de vínculos sociales, los internacionales resaltan en sus hallazgos los términos de salud y discapacidad, como se expresa más adelante.

El estudio de Thomas y Wardle (2014) empleó un *análisis fenomenológico interpretativo* para estudiar la experiencia personas viejas con la intención de comprender el papel del cuerpo en el bienestar, encontrando experiencias diferentes en los rubros *personales* (por ejemplo los efectos de la soledad por viudez), *interpersonales* (por ejemplo frente a los estereotipos) y *sociales* (frente a las normas y expectativas de retiro).

Entre sus hallazgos, destaca que el cuerpo fue desplazado del primer plano de la experiencia (delegando en la mente las limitaciones del cuerpo) *como estrategia de afrontamiento al estrés por el envejecimiento físico*, donde el cuerpo pasaba a la conciencia con el dolor o la pérdida de habilidades corporales, por lo que el cuerpo se interpretaba de manera distinta a la identidad (división de mente y cuerpo) (Thomas & Wardle, 2014).

También es importante mencionar que los cuerpos fueron percibidos como una cuestión parcialmente atribuible a los estilos de vida, interpretando que las pérdidas corporales no eran atribuibles exclusivamente al envejecimiento, sino también habían jugado un papel importante las decisiones que habían tomado durante la vida (como la conducta de fumar), lo que los llevó a reconocer un rol activo en las experiencias de envejecimiento, a reducir el antagonismo expresado hacia el cuerpo y a buscar *dignidad* en las experiencias personales e interpersonales (Thomas & Wardle, 2014).

La literatura internacional de ese corte cualitativo orientado fenomenológicamente ha prestado atención también a los significados atribuidos a las actividades motrices, concretas. Por ejemplo, el estudio de Brännström, Bäckman, y Santamäki Fischer (2013) buscó *iluminar* la experiencia vivida de usar un andador en la vejez. Por *andador* refiriéndose al instrumento de cuatro patas y manubrio (a veces con ruedas y asiento) que es usado por personas con dificultades en el caminar, casi siempre adultos mayores.

Los investigadores (Brännström et al., 2013) agruparon los significados encontrados dos temas principales aunque polarizados entre la vulnerabilidad y la independencia. El

andador tenía para todos los entrevistados un significado positivo, y no solo eso, sino que devino un símbolo de empoderamiento. El andador, desde una interpretación merleau-pontyana, se había convertido en una extensión del propio cuerpo. La conducta de caminar representaba el indicador por antonomasia de la agencia, la independencia física y el empoderamiento (y por lo tanto era un elemento importante para encontrar sentido a la vida, inclusive si era mediante el auxilio de un andador), aunque existía un miedo de perder el equilibrio sin el instrumento que les proveía la confianza, por lo que la experiencia se resumió en la frase “caminando en el borde/límite” (“walking on the edge”).

Brittain y colaboradores (2017) encontraron una ambivalencia similar hacia la conducta de caminar, vinculándola con la demencia: mientras que por un lado caminar tiene asociados significados positivos (es una actividad consciente, racional, propositiva, controlada, tiene beneficios de la salud), por el otro la deambulación (y en este caso como producto de niveles severos de demencia) vendría a significar una manera socialmente incorrecta de caminar (es una actividad desorientada, sin rumbo ni meta definida).

Caminar, en ese sentido, significaba el movimiento del cuerpo culturizado, implicando un tipo de inteligencia que no es nada más de la mente, mientras que deambular era un estado *más cercano a la naturaleza donde el cuerpo domina a la mente*. Deambular, en ese sentido, venía a ser la pérdida del puente entre mente y cuerpo.

La importancia de los significados está presente también en la investigación de Krause (2004), quien los vincula con las consecuencias negativas en salud a través del estrés. De acuerdo con esa investigación, los adultos mayores se ven enfrentados con la imposibilidad de vivir con los códigos sociales y las expectativas valoradas en la sociedad, lo que los priva de propósito (especialmente en ausencia de apoyo emocional), afectando su salud física, lo que operaba como un mediador entre los significados y la mortalidad.

El estudio de Krause es apenas un ejemplo de un amplio campo de estudios sobre cómo los eventos adversos de la vida (que han sido descritos como “estresores sociales” en lo que nosotros interpretamos como la medicalización de la adversidad) tienen impactos en la *salud mental y física* (coincidiendo con los términos biomédicos de estrés), donde la exposición diferencial a las experiencias de vida producen desigualdades en salud (por ejemplo, ver Thoits, 2010). Como también se ha identificado que la soledad y el aislamiento social incrementa los riesgos de salud en la vejez, sumando a los efectos dañinos de lidiar con el retiro, el duelo, la ansiedad (Dury, 2014). Lo que es otra manera de comprender tanto los determinantes sociales de la salud como las desventajas sociales acumulativas

Inclusive estudios de corte más psicológico destacan la interacción entre factores sociales y subjetivos que opera en el detrimento del bienestar de las personas adultas mayores. Tal es el caso de Hess (2005), quien encontró que los prejuicios internalizados afectan los procesos cognitivos porque, al haber incorporado los ancianos mismos la idea de que la vejez conlleva demencia, *lo que se traducía en miedo*, perjudicando *el pensamiento normal* de los viejos (impactando el rendimiento cognitivo como parte de una expectativa social de declinación introyectada).

Frente a ese tipo de estudios habría que ser cautos a propósito de la medicalización de la vejez, especialmente en términos de expectativas sociales y roles sociales atribuidos a los viejos, modificando la relación que tienen con las responsabilidades (Conrad & Bergey, 2015). Pero sirven para mostrar algunos efectos concretos que se han identificado como consecuencia de la maleabilidad de los significados del envejecimiento, incluyendo aquellos que están relacionados con deterioros orgánicos claros.

Aquí es posible mencionar dos ejemplos relevantes (uno en México y uno en Inglaterra): en la investigación de Wentzell (2013) realizada en Cuernavaca se encontró un rechazo del modelo medicalizado del envejecimiento y de las intervenciones médicas para

“tratar” la disfunción eréctil, mientras que Sanders, Donovan y Dieppe (2002) estudiaron en Bristol los significados atribuidos a la osteoartritis, encontrando que las personas tendieron a ver esa enfermedad como una parte normal de su curso de vida. En ambos estudios las interpretaciones o significados *no medicalizados* atribuidos respectivamente a la disfunción eréctil y a la osteoartritis permitieron incorporarlas de una manera no fatalista a la identidad.

Por su parte, Umberson y Montez (2010) encontraron que los vínculos sociales tienen impacto en la salud por tres vías: conductual, psicosocial y fisiológica. Es dentro de la dimensión psicosocial que los autores atribuyen gran peso a la cantidad y calidad de los vínculos sociales, pero también a los significados socialmente construidos.

En un estudio transcontinental con muestras de España, Venezuela y México (Martorell-Poveda et al., 2010) se exploraron “las vivencias, relaciones y prácticas sociales” en contextos de envejecimiento patológico aunque los sujetos del estudio fueron los cuidadores de personas con Alzheimer, que frecuentemente fueron familiares. Encontraron una fuerte influencia del “*discurso biomédico hegemónico*” en los testimonios de los cuidadores (muchas referencias a diagnósticos clínicos, al cerebro), incluyendo la idea de que el Alzheimer era *algo propio de la vejez* y pocos matices para hablar de diferencias socioculturales sobre las percepciones de la demencia, por lo que concluyen que con la globalización se ha *diseminado el discurso biomédico negando la comprensión de antecedentes antropológicos*.

TERCERA PARTE

Capítulo 8. Hallazgos

El análisis de los testimonios proporcionados por los informantes arrojó 40 tipificaciones experienciales, las que fueron identificadas como “subtipos de sentido” que fueron aglutinados en nueve “temas” superordinales y dos adicionales o *menores* (uno para cada submuestra) que agrupan subtipos que de otra manera serían independientes.

Debido a que la submuestra de mujeres más que duplica la de hombres (haciendo eco de la distribución por sexo de las personas en los centros gerontológicos visitados, así como un eco indirecto de la mayor proporción en México de mujeres en la vejez), los testimonios de ellas reflejaron 27 subtipos (agrupados en 6 temas) mientras que los de ellos reflejaron 13 subtipos (agrupados en 5 temas). La tabla 5 muestra el mapa general de los hallazgos. Cabe decir que muchas veces un mismo testimonio dio cuenta de varios subtipos de sentido, consecuencia de haber asignado a cada unidad de sentido distintas categorías.

Este capítulo pretende estar apegado lo más posible a la descripción, señalando coincidencias y divergencias donde van siendo útiles para la comprensión a gran escala, puesto que el objetivo ha sido develar la experiencia, mientras que en el siguiente capítulo se trabaja la discusión entre hallazgos, teoría y estudios previos.

Ese proceder descriptivo está fundamentado en los procedimientos fenomenológicos anteriormente explicados, pero también tomando como inspiración el concepto psicoanalítico de la *extimidad*, implicando que *lo profundo está en la superficie*. Por lo que este capítulo no es tanto una interpretación como un *deletreo y organización* de los testimonios de los participantes. Una relectura intencionada para develar los sentidos inadvertidos que hay en esa experiencia. Ello no implica, sin embargo, una pretensión de objetividad dado que el procedimiento de deletrear y organizar expresa una subjetividad y dirección de la conciencia, *pudiendo haber otras maneras de hacerlo*.

Tabla 5. Mapa general de los hallazgos

Fuente: elaboración propia

Submuestra hombres
Tema 1. No es lo mismo trabajar con el cuerpo que trabajar con la mente
Subtipo 1.1 Trabajar con el cuerpo lleva al deterioro y la discapacidad
Subtipo 1.2 Trabajar con el cuerpo es bueno para tu salud porque es lo mismo que hacer ejercicio
Tema 2. El retiro marca el inicio de la vejez, pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa
Subtipo 2.1 La vejez es determinada por el exterior
Subtipo 2.2 Ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no pude hacer antes
Subtipo 2.3 Envejecer de verdad significa que ya no te puedes mover
Subtipo 2.4 No reconozco al viejo del espejo
Tema 3. Porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir
Subtipo 3.1 Hay dolor bueno que significa que todo está bien
Subtipo 3.2 No tengo miedo de morir, yo nací para morir
Tema 4. Los padecimientos son la consecuencia de tus acciones
Subtipo 4.1 Especialmente tus acciones malas
Subtipo 4.1 ... excepto cuando no
Subtipo 4.3 Confiar en los demás es lo que te enferma
Tema 5. Temas menores para hombres
Subtipo 5.1 La ausencia de referencias religiosas
Subtipo 5.2 El disgusto por cuidar a los nietos
Submuestra mujeres
Tema 6. La vejez significa no poder trabajar o ser útil
Subtipo 6.1 A partir de la evaluación de los demás
Subtipo 6.2 Por la enfermedad o la imposibilidad física
Subtipo 6.3 La vejez significa no ser autosuficiente
Subtipo 6.4 El ocio mediado por la utilidad y el dinero
Tema 7. La vejez es la enfermedad o disfunción (en términos no limitados al movimiento)
Subtipo 7.1 No quiero que cuiden de mí
Subtipo 7.2 Nada te salva de la enfermedad y de la vejez
Subtipo 7.3 La vejez se puede superar con la intención
Subtipo 7.4 Causas interpersonales de la enfermedad
Tema 8: La vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento
Subtipo 8.1 La discapacidad física, el cansancio
Subtipo 8.2 Un accidente me empujó a la vejez
Subtipo 8.3 Como puedo bailar sé que no estoy viejita
Subtipo 8.4 El movimiento es un antídoto para la enfermedad y la vejez
Subtipo 8.5 En la mente soy una persona activa y joven
Subtipo 8.6 Me da miedo caerme, lastimarme
Tema 9. Envejecer significa perder el gusto; porque el gozo es una característica de la juventud
Subtipo 9.1 Significa perder el gusto y no hacer cosas que me gusta hacer

Subtipo 9.2 Envejecer significa sufrir
Subtipo 9.3 Me quedé con ganas de sentir amor
Tema 10. Mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes
Subtipo 10.1 ... a pesar de que padezco del cuerpo
Subtipo 10.2 Porque llegué hasta aquí luego de una juventud gozosa
Subtipo 10.3 A mi edad hago cosas nuevas y soy más libre
Subtipo 10.4 ... porque tengo menos obligaciones familiares
Subtipo 10.5 ... porque estoy viuda, pues el marido me trató mal
Tema 11. Temas menores para mujeres
Subtipo 11.1 Conocimientos médicos específicos y la opinión médica como mediadora de la experiencia
Subtipo 11.2 Menciones de dios y religión
Subtipo 11.3 Mi marido me trató bien
Subtipo 11.4 Afortunadamente los nietos no son mi responsabilidad
Subtipo 11.5 Menciones de la apariencia

Temas en la submuestra de hombres

Tema 1. No es lo mismo trabajar con el cuerpo que trabajar con la mente

Este tema describe cómo los participantes hombres expresaron que las ocupaciones que habían tenido antes del retiro habían impactado su salud actual y bienestar físico. De manera particular: *que trabajar con la mente había tenía diferentes consecuencias que trabajar con el cuerpo.*

Dos precisiones configuraron los dos subtipos: primero, que no era lo mismo “trabajar con el cuerpo” que “usar el cuerpo trabajar”, porque el cuerpo podía ser apenas el vehículo de la mente (por ejemplo, al desplazarse a lugares para realizar un trabajo de ventas).

En segundo lugar, cabe notar la experiencia diametralmente contrastante entre aquellos informantes que habían trabajado en oficios manuales (por ejemplo, en albañilería o haciendo zapatos, lo que se contaba para ellos como “trabajar con el cuerpo”) en comparación con aquellos que habían trabajado en oficinas, como vendedores o inclusive como conductores de vehículos (“trabajar con la mente”): a decir, la interpretación recíproca de las afecciones en salud.

Subtipo 1.1 Trabajar con el cuerpo lleva al deterioro y la discapacidad

Aunque de manera inmediata se puede interpretar como una asociación obvia que el deterioro del cuerpo fuera interpretado como una consecuencia esperada de trabajar con el cuerpo (la manera de los participantes para referirse al *trabajo manual*), sorpresivamente esa asunción fue hecha de manera casi exclusiva por aquellos informantes que no habían realizado trabajo manual.

Domingo (76), quien había tenido ocupaciones diversas como carnicero, chofer de tráileres y taxista, fue la única excepción, pues fue el único informante de este tema que en realidad sufría dolor y discapacidad atribuida por él a su ocupación. Sin embargo, aunque había trabajado como carnicero (una labor manual), fue solamente su trabajo posterior como taxista (lo que no identificaba como un “trabajo del cuerpo”) la que, en su opinión, había afectado su salud, atribuida principalmente a estar incómodo por periodos extendidos de tiempo y no el deterioro del cuerpo por desgaste o uso:

Entonces anduve mucho tiempo sentado y engarrñado porque, pues los carros son chicos. Engarrñado y yo no podía retirar más el asiento porque iba bien incómodo el de atrás. Tenía que sacrificarme yo a fuerza. Yo era el que tenía que sacrificarme y no sé si todo esto influyó en cuestión a mis rodillas (Domingo).

Todos los demás informantes de este tema no trabajaron con el cuerpo, aunque lo *usaban* (para caminar, manejar o visitar clientes), por lo que el cuerpo estaba en el fondo de la experiencia y se utilizaba apenas como un vehículo de la mente. Félix (70 años), quien había trabajado como supervisor de mantenimiento en una fábrica, lo dijo de manera literal: “*el trabajo del cuerpo es llevar a tu mente a lugares*”.

De manera que emergió la pregunta: ¿qué significaba para estos participantes “*trabajar con el cuerpo*”? Parece que el concepto implícito de riesgo estaba involucrado, así como una noción de clase social vinculada con el movimiento, misma que en ocasiones

implicó el uso real de vehículos, como fue expresado claramente por Alan (65 años), quien había trabajado como contador y vendedor:

No es lo mismo alguien que trabajó de albañil toda su vida a alguien que trabajó usando la cabeza. Es el tren: un albañil tiene que cargar, tiene que lidiar con el estar pegando tabiques, estar prácticamente bajo los rayos del sol todo el día. Lo que pasa es que trabajar con la mente es un trabajo más intelectual, estarás de acuerdo conmigo. En donde el compromiso de la actividad física no te lleva a trastornos funcionales. Esos son los riesgos que hacen que la gente... como el cargar, el lidiar, estar al rayo del sol... una persona que se pasa todo el día bajo el rayo del sol va a tener toda la piel ajada. Esa es la diferencia entre un albañil... puede ser un carnicero. Los razonamientos nos llevan al punto de la lógica: porque unos se desgastan más que otros. Los que trabajamos de manera intelectual, yo pienso, que nos mantenemos más frescos porque eso aborda lo que llaman "gimnasia neurocerebral". O sea, entre más uses tu cerebro, mayor disposición tienes. Yo te preguntaría quién tiene mayor riesgo de accidentarse: un albañil o alguien que hace antesala en un consultorio médico para dialogar con el médico; quién tiene más riesgo en la vía de tránsito: un albañil, obrero, que está esperando un camioncito que corre riesgo de que el camión choque, que lo aviente una motocicleta, a alguien que toma la llave de su carro, se sube a su carro y tiene un destino fijo.

Este fascinante testimonio de Alan muestra cómo dejó llevar su narración y sentido común sobre la diferencia de trabajar con el cuerpo y con la mente hacia expresiones sobre la clase social: esa última línea sobre cómo los poseedores de vehículos (es decir, personas en mejores condiciones sociales) tienen “destinos fijos” en comparación con aquellas personas que tienen que utilizar el autobús, equiparando el uso del transporte público (de nuevo, como una característica de la clase social) al de deambular, lo que podría llevar implícitas una serie de preconcepciones sobre civilización y adultez (lo que también se nota en la infantilización de la clase social en el término “camioncito”, comparado con “carro”).

También se pueden notar los términos de apariencia técnica como “trastornos funcionales”, “gimnasia neurocerebral”, lo que puede tomarse como una experiencia mediada por el conocimiento medicalizado del sí mismo. De igual manera se encuentra allí

una vinculación entre el uso de la mente (aquí encarnada en el cerebro) y la ausencia del desgaste del cuerpo como una vía a mantener la juventud (“nos mantenemos más frescos”).

En este subtipo también contribuyó Carmelo (81 años), quien había trabajado en un negocio propio de transportes y agricultura. Él comparaba su salud con la de su hermano, atribuyendo a la actividad física (entendida como el ejercicio, el deporte, y no el uso del cuerpo para el trabajo) un poder determinante para contrarrestar la herencia. Aunque luego atribuyó esa capacidad solamente a los hombres, pues su esposa había padecido diabetes, una enfermedad que, según él, había heredado de sus propios padres.

Lo que es interesante también de Carmelo es que había una división sustantiva entre el uso del cuerpo recreativo y laboral, lo que contrasta con los testimonios del subtipo 1.2, donde no había distinción alguna.

Subtipo 1.2 Trabajar con el cuerpo es bueno para tu salud porque es lo mismo que hacer ejercicio

Este subtipo es simétrico y correspondiente con el subtipo 1.1 en dos sentidos: solamente informantes que habían trabajado manualmente (un albañil y un obrero de una fábrica de zapatos) contribuyeron con él, pero también porque sus visiones del deterioro corporal fueron paralelas, a decir: que para ellos el trabajo manual no era lo que afectaba negativamente la salud, sino que era al revés: el estrés de trabajar en oficinas, particularmente aquellos en jerarquías altas, se veían más afectados. Ernesto (73 años), quien había sido albañil desde los 9 años dijo:

Porque, por decir así, mira, yo, en la construcción, no me desgasté mucho, nomás pegando ladrillos y haciendo mi trabajo bien. Pero hay personas que se desgastan mucho, por decir así, un empresario, uno que esté al mando de una empresa y que manda mucha gente se desgasta más. Camiones... tienen que mandar los camiones, él es responsable de los camiones.

El testimonio de Ernesto también incluyó la siguiente ecuación entre trabajar con el cuerpo y hacer ejercicio: *“el trabajo era como jugar”* y un comentario fuera de la grabación cuando me dijo: *“para mí ser albañil no afectó mi salud, fue lo mismo que hacer ejercicio, por ejemplo, aquí, o jugar, como cuando era niño”*.

Una observación significativa de las palabras de Ernesto es que su identidad estaba tan encarnada en su ocupación, que ser albañil era el aspecto mediador para todas las demás experiencias de su vida, incluyendo la recreación (“como cuando era niño”) y el ejercicio físico (trabajar, jugar y hacer ejercicio eran lo mismo para él). Debido a que sus circunstancias personales lo llevaron a trabajar en la construcción desde que era un niño, la precariedad asociada con esa ocupación se volvió su principal (si no única) fuente de sentido: él seguía siendo albañil, aunque ya no trabajara: *“casi como yo empecé a trabajar desde los 9 años... los 9 hasta ahorita todavía mentalmente sigo siendo albañil. Porque no he sido panadero ni... comerciante”*. Resalta también, entre las anécdotas, que Ernesto se ofreció a enseñarme a ser albañil como un gesto de agradecimiento hacia mí por haberlo escuchado.

En este subtipo también tenemos el testimonio de Julián (76 años), quien había trabajado como zapatero y se expresó de manera similar a Ernesto sobre la actividad física, clase social y problemas de salud. Además, sus testimonios con frecuencia se referían a la experiencia de comer, expresando diferencias de cómo las personas “como él” (en términos de clase) podían comer sin enfermar, lo que representaba al mismo tiempo una fortaleza y una ventaja:

No, pues la gente más rica es la que tiene... se enferma más rápido. Porque, como le digo, no está impuesta a comer cosas de la calle. Ellos hasta andan lavando una manzana, un plátano. Yo no como bien, pero tiene el cuerpo impuesto a comer de lo que salga. Ellos nomás se comen un taco de carnitas o de alguna cosa grasosa y ya le hizo daño. Aquí le regalan torta o frituras, lo que sea y no le hace daño porque, como le digo, el cuerpo ya está impuesto.

Esta expresión empataba con el hecho de que Julián expresara que no tenía ninguna enfermedad. Cabe mencionar que el testimonio de Ignacio (79 años), quien era chofer de tráileres, cuyas circunstancias sociales fueron similares a las de Ernesto y Julián, están ausentes de este subtipo. Ello se puede suponer como un efecto de que la experiencia de Ignacio estaba totalmente ofuscada por la enfermedad (acababa de pasar por cirugía de corazón abierto y tenía indicaciones de especial cuidado). En esas circunstancias hubiera sido inusual que proveyera de un testimonio de cómo el cuerpo se había fortalecido por el trabajo.

Tabla 6. Resumen de Tema 1. No es lo mismo trabajar con el cuerpo que trabajar con la mente

Fuente: elaboración propia

Tema 1. No es lo mismo trabajar con el cuerpo que trabajar con la mente		
Participantes que contribuyeron con el tema: 7 de 10 (Alan, Benjamín, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Julián)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 1.1 Trabajar con el cuerpo lleva al deterioro y la discapacidad Participantes que contribuyeron al subtipo: Alan, Benjamín, Carmelo, Domingo, Félix	“El trabajo del cuerpo es llevar a tu mente a lugares” (Félix).	La asunción de que trabajar con el cuerpo llevaba a su deterioro fue expresada exclusivamente por aquellos que no habían trabajado manualmente. La única excepción fue Domingo, quien había sido carnicero, aunque su testimonio de deterioro se refería a su última ocupación (ser taxista), lo que no era considerado por él un trabajo manual.
Subtipo 1.2 Trabajar con el cuerpo es bueno para tu salud porque es lo mismo que hacer ejercicio Participantes que contribuyeron con el subtipo: Ernesto, Julián	“Para mí ser albañil no afectó mi salud, fue lo mismo que hacer ejercicio, por ejemplo aquí, o jugar, como cuando era niño” (Ernesto).	Este subtipo es simétrico al 1.1, pues fue expresado exclusivamente por aquellos participantes que trabajaron de manera manual. Una característica clave fue que sus identidades estaban implicadas en sus ocupaciones por lo que mediaban los demás aspectos de sus vidas en comparación con sus ocupaciones previas al retiro.

Tema 2. El retiro marca el inicio de la vejez, pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa

Notablemente todos los hombres contribuyeron con este tema. En términos amplios describe cómo para ellos la vejez y la discapacidad no estaban naturalmente vinculadas, incluso cuando prácticamente todos tenían por lo menos un diagnóstico de enfermedad crónica (solamente Julián expresó no tener ninguna enfermedad). Las particularidades de este tema giran alrededor del retiro, vejez, emociones y la disonancia entre sentirse y *saberse* viejos, mismas que se expresan en los cuatro subtipos que configuran este tema.

Subtipo 2.1 La vejez es determinada por el exterior

Este subtipo expresa cómo la vejez se atribuyó a factores externos, pero específicamente a las ocupaciones y al retiro involuntario por discriminación basada en la edad cronológica o la discapacidad (este contenido también estuvo presente en los testimonios de las mujeres y concretamente en los subtipos 6.1 y 6.2). Cabe decir que esta experiencia en todas las ocasiones fue recibida de manera negativa, pues contrastaba con la propia evaluación positiva de las capacidades físicas y cognitivas.

Frente a la imposición de la vejez desde el exterior, en la forma de retiro involuntario, algunos participantes (a decir, Alan, Benjamín y Domingo) tuvieron como estrategia de afrontamiento realizar (otras) actividades laborales (aunque ninguno de ellos trabajaba al momento de la entrevista), abandonándolas años después de manera voluntaria: Benjamín (77 años) dijo:

En ese momento [en el retiro involuntario] todavía no me sentía viejito. Todavía tenía mucha capacidad para... inclusive... yo fui liquidado de mi empresa porque estaba yo viejito y agarré todavía una chamba que hice florecer casi 8 años más o 10.

A Domingo (76 años) lo habían “terminado” de su trabajo como chofer de tráileres cuando no pudo renovar su licencia de conducir de tipo especial, y luego condujo un taxi por más de una década más, mientras que Alan (65 años) consiguió el mismo tipo de trabajo de ventas en otra compañía.

Por otro lado, una buena proporción de participantes (Carmelo, Ernesto, Félix, Ignacio y Julián) a pesar de expresar deseos de continuar trabajando no pudieron hacerlo por causa de la discapacidad o la falta de oportunidades laborales. Una notable excepción fue Héctor (60 años), maestro de primaria, quien se acababa de retirar de manera voluntaria.

Este subtipo refleja que los participantes no se reconocieron como viejos cuando llegó la edad cronológica de la vejez (tanto en 60 o 65 años, dependiendo de las circunstancias), sino que fueron empujados hacia esa categoría a través de la discriminación por edad. Los testimonios expresaron de manera reiterada la experiencia negativa de haber recibido el mandato de retiro en una sociedad que ha normalizado ideales de edad para el trabajo, y también muestran los intentos por contrarrestar las evaluaciones negativas asociadas a la edad, con la propia trayectoria y experiencia. Por ejemplo, Alan expresó:

A mí me parece un absurdo que a veces las personas no seamos calificadas por nuestras capacidades productivas sino por la edad. Pareciera ser que hoy en día el rango de productividad de un individuo, desde un punto de vista laboral y particularmente en este país, pues pareciera ser que se mueve en el rango de 20 años. Porque a ti te contratan máximo de 35 años, pero tienes una vida activa que no te permite ir más allá de los 55 - 56 años. Entonces, si enmarcamos nuestra capacidad productiva por esa... pues estamos jodidos. Pareciera ser que la experiencia no necesariamente va de la mano de la experiencia. Es decir, la productividad no va necesariamente de la mano de la experiencia sino de la edad. Yo reitero: es una visión de vida, si tú no visualizas tu estatus real entonces no creces. Aquí se trata de crecer. De vivir conforme a nuestra realidad y momento. No puedo dejar de lado, por ejemplo, citar que como persona a mí no me gusta... y vamos, a lo que me gusta o no me gusta. Tú dices "se es o no se es joven". Bueno yo tengo una edad equis o específica, la reconozco y la acepto, pero no dejo de reconocer que hay cuestiones que me gustan.

Este testimonio también da cuenta de cómo la vejez parece ser un destino rechazable, porque representa el fin de los gustos, el fin de poder disfrutar, de vivir (lo que está de manera transversal, por ejemplo, en los subtipos 2.2, 3.1 y, para las mujeres, todo el tema 9).

Un testimonio más crudo que fue el de Domingo (76 años), quien no había podido renovar su licencia por ligeros problemas de la vista. A propósito de eso cabe notar que, aunque esa anécdota tenía más de una década de antigua, a la fecha de la entrevista, Domingo no utilizaba lentes, a pesar de que conducía una motocicleta y que en todas las expresiones espontáneas que durante nuestro encuentro implicaban la vista, nunca hizo referencia a una dificultad de ver, por lo que asumí que tenía una mejor vista que la mía (yo utilizo anteojos). Pero independientemente de que hubiera o no deficiencias visuales significativas, Domingo recibió una rotunda negativa para poder continuar con su trabajo:

Sentí que me moría. Porque yo ya tenía muchos años trabajando la carretera y pues, para mí, yo ya me había acostumbrado a que ahorita estaba aquí y al rato ya andaba por allá y así. Se acostumbra uno y pues, además me gustaba. Y me cortan las alas; pues yo me sentía muy mal, no hallaba qué hacer. A veces me sentía inclusive hasta como enfermo... no, pues tuve que sobreponerme porque... pues yo decía que eso me iba a afectar otras cosas y... traté de normalizarme y sí, logré controlarme.

Lo que es también especial de ese testimonio es que no fue el problema de visión lo que lo hizo sentirse mal, ni lo que lo empujó a la vejez, sino el permiso para, de nuevo, transitar el mundo. Lo que tenía las implicaciones de la pérdida del movimiento intencionado (inclusive si era con vehículos), de agencia social, de adultez. De igual manera cabe destacar el énfasis en las capacidades de reponerse (“controlarse, normalizarse”) vinculado a las consecuencias en salud (lo que está mejor desarrollado en los subtipos 4.1, y 4.2 para hombres y 7.2, 7.3 y 8.4 para mujeres).

Notablemente Genaro (80) fue el único participante de toda la muestra que no proporcionó un testimonio para este subtipo. Esto se puede entender fácilmente porque se

había retirado voluntariamente y no por discapacidad o enfermedad (había manejado un taxi de su propiedad y decidió retirarse a cobrar las rentas antes de cumplir 60 años), en contraste con Carmelo (81), quien también manejó un camión de su propiedad pero se retiró de una manera relativamente involuntaria, aunque distinta de los demás: él quería seguir manejando *cruzando todo el país*, pero en un punto de su vida (así lo expresó él), no tenía la capacidad (“el aguante”) para manejar por 72 horas sin parar.

Cabe hacer notar la importancia que tenía el aspecto de trasladarse, conducir o ir a lugares, lo que está presente también en los testimonios de Benjamín (quien también había viajado por la república como vendedor), por ejemplo proporcionó la siguiente experiencia:

[Sentí que] ‘esto [el retiro] todavía no es para mí’. Me gustaba mucho porque mi trabajo fue toda mi vida... fui viajero. Entonces yo extraño el olor de la carretera, los tráilers y todo eso. Entonces para mí, todo lo que sea de viajar... (...). Yo fui vendedor toda mi vida, profesionalmente hablando. Me consideré uno de los mejores vendedores del mundo. Tenía capacidad tremenda para convencer mis productos. Tenía mucho poder de convencimiento. Pero eso fue a través de la práctica y de la experiencia de la vida, de mi trabajo profesional.

Importa señalar no solo el gusto por el movimiento (interpretado como una metáfora de lo agéntico, y que en la muestra de mujeres también se expresó, aunque con matices de diferencia) sino también el contraste con el testimonio de Ernesto quien *todavía era albañil aunque ya no se dedicaba a ello*, mientras que la vejez para Benjamín implicaba un capítulo diferente de la vida, él *había* sido vendedor.

Una lectura del testimonio de Benjamín podría ser que su expresión “lo fui toda la vida” implicaba que su vida había terminado con el retiro. Pero no se interpretó así, sino como una *manera de hablar*, en principio por la continuación “... profesionalmente hablando” (lo que implicaba que su identidad tenía múltiples facetas) y en la medida en que el tono de su entrevista fue positivo, como se sigue mostrando en sus próximos testimonios.

A propósito de este subtipo también cabe notar que la diferencia entre Genaro y Héctor (quienes comparten la característica de haberse retirado de manera voluntaria) consiste en que para Héctor la vejez se había determinado desde afuera (aunque no vinculada con el ámbito laboral) mientras que para Genaro lo había determinado la edad cronológica.

Subtipo 2.2 Ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no pude hacer antes

Una vez que las emociones negativas del retiro (la mayoría de las veces involuntario) fueron llevadas al segundo plano (en gran parte debido a las estrategias de afrontamiento mencionadas en el subtipo 2.1) y hubo oportunidades de recuperar la capacidad agéntica, el retiro se volvió una experiencia positiva. Tres características clave se describen para dar cabida a esta experiencia: un sentido general de logro, el tiempo libre para disfrutar de una manera placentera y la libertad de las relaciones jerárquicas de la vida laboral.

Las últimas dos características se empalmaron en la mayoría de los testimonios, pues frecuentemente hubo expresiones sobre cómo el retiro significaba ser libre de las expectativas e instrucciones de los otros en el tiempo libre. Alan dijo:

Cuando cumplí 62 años y valorando mis posibilidades de tener ya en la bolsa una jubilación asegurada, pues yo decidí jubilarme para no tener que depender de órdenes derivadas de criterios de gente que a veces es obtusa o que tiene una visión diferente, incluso las propias políticas de la empresa. Tengo la satisfacción de poderte decir que yo tomé la decisión de irme.

Hagamos notar que ese tipo de relaciones jerárquicas de la vida laboral (y la liberación de ellas) solamente son posibles donde hay, vaya decirlo, subordinación. Este punto luego toma relevancia para discutir a la luz del concepto de habitus.

Ahora, porque el retiro devino una experiencia positiva en estas condiciones, la equiparación del retiro a la vejez (como fue expresada en el subtipo 1.1) significaba que la

vejez misma estaba asociada al disfrute y era experimentada de una manera positiva. Cuando a Benjamín le pregunté sobre la felicidad, él se expresó de la manera más espontánea: *“por supuesto, no tengo por qué no estar contento”*.

Con el retiro vino también un fuerte sentido de logro y satisfacción con la vida que facilitó el tránsito a la identidad de la vejez. Por ejemplo, Carmelo expresó:

Yo estoy contento porque sí aproveché mi vida. Hice mis hijos. No desperdié el dinero porque tengo una casa, dos casas y allá 20 hectáreas y me dicen que... mis hijos me dicen que por qué he de vender todo.

Ese sentido de logro también estaba vinculado con el tiempo libre, lo que se experimentó como una satisfactoria libertad. *“Paradójicamente”*, dijo Alan, *“lo que se reclama en la juventud es la libertad y lo que se obtiene con la vejez”*. Los testimonios sobre logros en etapas previas están mucho más presentes en las mujeres, constituyendo un subtipo completo (10.2: *“mi edad es algo positivo porque llegué aquí luego de una juventud gozosa”*).

Ignacio y Julián fueron los participantes que no contribuyeron con este subtipo. Sus testimonios fueron ambivalentes entre las experiencias positivas y negativas: Julián se encontraba en una soledad relativa (no tenía familia), mientras que Ignacio había tenido una reciente segunda cirugía de corazón y no podía experimentar libertad *“por miedo a caerse”*: los médicos le dijeron que su hija tenía que ir con él a todos lados para asistirlo en caso de emergencia, condicionando su agencia y su libertad a la programación diaria que ella tenía. Su experiencia se había ensombrecido totalmente por el riesgo y la dependencia.

Subtipo 2.3 Envejecer de verdad significa que ya no te puedes mover

No todo sobre la vejez mereció testimonios positivos. Este subtipo recupera las experiencias principalmente negativas, aunque con particularidades que las explican: para los hombres, envejecer *“de mala manera”* (lo que era sinónimo de envejecer *“de verdad”*)

involucraba discapacidad y dependencia pero inclusive solamente el cansancio. Es interesante que este tema también estuvo presente en los testimonios de las mujeres excepto por la última característica, suplantando el cansancio con la debilidad (subtipos 6.2 y 8.1).

Esas características (discapacidad, dependencia y cansancio) se asociaron frecuentemente al dolor y la “pérdida de los reflejos” tanto físicos como cognitivos.

Genaro (60 años) enfatizó el miedo hacia perder la memoria, pero como un paso intermedio hacia perder el destino y deambular por las calles, *perder-se*, lo que para él era inevitable con la vejez: *“a mí me daría miedo que perdiera la memoria andando en la calle. Eso es lo más... pero pues, tarde que temprano va a venir mermando nuestro organismo o nuestra mente... todo, nuestro cuerpo”*. Ese destino inevitable estaba acompañado de una condena de envejecer: *“ser viejo de verdad significa que no puedes caminar bien, que necesitas ayuda para hacer tus actividades”*.

Aunque Héctor compartió ese miedo, para él un diagnóstico médico como el Alzheimer no era inevitable. Cabe reiterar que esos testimonios conciernen mucho más que capacidades cognitivas, pues no es la pérdida de la memoria en sí lo que preocupa sino la pérdida del control de sí mismo, la identidad, el propósito, la civilización.

Contrastan las palabras de Domingo, quien era la persona más discapacitada de toda la muestra (prácticamente no podía caminar a causa de osteoartritis y se auxiliaba de bastón, andador, silla de ruedas y motocicleta para moverse en diferentes espacios; a esa última se refería como “mis piernas”). Expresó una negación basada en una concepción de la mente como refugio frente al deterioro del cuerpo: *“Desde muy niño siempre fui una persona muy trabajadora, muy activa, y hasta la fecha (...) todo me funciona, todo todo me funciona a excepción de... digamos, de las rodillas ¿no? Ese es el problema”*.

Este testimonio muestra que en su mente era una *persona activa* y que la discapacidad era apenas una situación incómoda y no una parte que había incorporado a su identidad. Cabe

decir que Domingo tenía esperanzas puestas en una lista de espera de cirugía de rodilla, lo que le permitiría recuperar su capacidad de caminar (reflejando la importancia otorgada a la voluntad propia). Este testimonio empata también con el de él mismo en el subtipo 2.1

Aunque el testimonio de Domingo es marcadamente diferente de los demás, es similar en que todos están basados en una diferencia entre sentirse viejo y ser viejo, donde la discapacidad era la característica clave de “envejecer en realidad” (ser y sentirse viejo) frente al subtipo 2.1 donde la vejez venía de afuera (simplemente *serlo*). También comparte la característica de la mente como un refugio.

Además, para Domingo la enfermedad problemática era aquella que era producto del nacimiento y no aquella que se adquiría con el transcurso de la vida: *“porque hay otros que desde que nacen ya vienen mal, entonces creo que no es ese el motivo. Creo que, más bien, el motivo es según como uno se sienta realmente ¿no? Y más que nada, pues, que a veces... a uno como persona adulta la desprecian, la reliegan [sic]”*. Quizá esa visión del mundo y experiencia contribuían con que Domingo, a pesar de necesitar de instrumentos para moverse, se sentía independiente y en términos generales, contento. Su principal y acaso único problema subjetivo era un agravio hacia sus hijos, que no lo visitaban desde que se había casado una segunda vez después de enviudar.

Este subtipo es un claro ejemplo que se refiere al concepto de la cuarta edad como una diferencia experiencial entre ser viejo y sentirse viejo. Lo que coincide con el testimonio de Benjamín (77 años), quien decía que a los 90 años sería *“una etapa en la que el individuo debe, en cierta forma, replegarse un poquito a sus últimos días. Entender que ya”*.

Aunque sus palabras reflejan también una vejez como destino inevitable que implica una retirada de la sociedad, un aspecto positivo es que se refería a ello “hasta los 90 años”, lo cual era, para él, una distancia lejana en el horizonte.

Subtipo 2.4 No reconozco al viejo del espejo

Aunque todos los participantes hombres en uno u otro momento expresaron que no se identificaban o reconocían como viejos, los testimonios de tres participantes expresaron sorprendente disonancia con la apariencia del cuerpo. Ernesto dijo:

Bueno, se siente bonito [ser viejo]. O sea, le doy gracias a dios de que no me siento tan adulto mayor porque, pues, hasta parece que fue ayer cuando nací, pero luego me veo en el espejo y digo "ah, caray, aquí se metió un viejito, un anciano". O sea, en mi mente sigo siendo una persona adulta nomás. Y la vida pasó así muy rápido. Que no sé ni cómo, pero hago a veces hago recuentos de las experiencias de lo que ha pasado, de las aventuras, de las enfermedades.

Del testimonio de Ernesto recuperamos que, al sentirse bien, había una experiencia de la edad mayor como una prolongación indefinida de la mediana edad, *“un adulto nomás”*. También: al decir que *“la vida pasó muy rápido”* parece que el trayecto biográfico se había acabado con el fin de la vida laboral (en consonancia con sus testimonios del subtipo 2.1). Pero lo que es central para este subtipo de sentido es que era una experiencia de choque a propósito de la apariencia lo que saltaba al primer plano, una... *“máscara de la vejez”* en todo sentido conceptual. La misma extrañeza estuvo presente en Ignacio (79 años):

Trabajaba mucho. Yo, mis manos, ahorita, ya se me hace raro vérmelas así pero si usted nota aquí tengo señales de callos. De que si yo le tallaba a una persona le rajaba la cara porque mis callos estaban levantados.

Cabe notar que las menciones de la apariencia en las mujeres configuraron un subtipo completo (11.5), y en particular recuperamos el testimonio allí contenido de Wendy (70 años): *“Yo no me siento viejita pero ya me veo en el espejo y sí”*, lo que configura una experiencia transversal de no identificación con la imagen de un viejo. Tenemos que recordar aquí el desarrollo teórico a propósito de la imagen como imago y como imaginación para empujar un argumento sobre una categoría social que no es suficiente para contener la experiencia.

Tabla 7. Resumen de Tema 2. El retiro marca el inicio de la vejez, pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa

Fuente: elaboración propia

Tema 2. El retiro marca el inicio de la vejez, pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa		
Participantes que contribuyeron con el tema: 10 de 10 (Alan, Benjamín, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio, Julián)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
<p>Subtipo 2.1 La vejez es determinada por el exterior</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Alan, Benjamín, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Héctor, Ignacio, Julián</p>	<p>“A mí me parece un absurdo que a veces las personas no seamos calificadas por nuestras capacidades productivas sino por la edad (...) la cronología no lo es todo” (Alan).</p>	<p>Este tema describe las consecuencias negativas de haber sido objetos de descremación basadas en la edad cronológica, principalmente contextos laborales. También describe dos estrategias de afrontamiento diferentes vinculadas con la noción de agencia social.</p>
<p>Subtipo 2.2 Ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no podías hacer antes</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Alan, Benjamín, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor</p>	<p>“Por supuesto, no tengo por qué no estar contento” (Benjamín).</p> <p>“Paradójicamente lo que se reclama en la juventud es la libertad y lo que se obtiene con la vejez” (Alan).</p>	<p>Como el retiro fue una experiencia positiva, su asociación con la vejez significaba que la vejez misma era positiva.</p> <p>Una excepción fue Ignacio, quien tenía experiencias ambivalentes hacia el retiro porque recientemente había tenido una cirugía de corazón, y las consecuencias mediadas por la prescripción médica estrecharon su agencia e identidad.</p>
<p>Subtipo 2.3 Envejecer de verdad significa que ya no te puedes mover</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Alan, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio</p>	<p>“ser viejo de verdad significa que no puedes caminar bien, que necesitas ayuda para hacer tus actividades” (Genaro).</p>	<p>Este subtipo es un claro ejemplo que se refiere al concepto de la cuarta edad como una diferencia experiencial entre ser viejo y sentirse viejo.</p>

<p>Subtipo 2.4 No reconozco al viejo del espejo</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Benjamín, Ernesto, Ignacio</p>	<p>“No me siento tan adulto mayor porque, pues, hasta parece que fue ayer cuando nací, pero luego me veo en el espejo y digo: ah, caray, aquí se metió un viejito, un anciano. O sea, en mi mente sigo siendo una persona adulta nomás. Y la vida pasó así muy rápido” (Ernesto).</p>	<p>A pesar de que todos los participantes hombres expresaron no haberse sentido viejos, algunos testimonios resaltaron una disonancia marcada con la apariencia corporal</p>
--	---	--

Tema 3. Porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir

Este tema está compuesto de testimonios que reflejan principalmente la presencia de placer, aunque no exclusivamente corporal. En particular, agrupa menciones sobre cómo ello contrastaba de manera experiencial con el dolor físico y la discapacidad. En todas las expresiones, el placer proporcionó los medios para ignorar el dolor y la edad. Alan expresó:

Chin, ya se llegó mi cumpleaños, un año más. Cada que pasa un año es un año menos, pero qué bueno que puedes arribar a eso. Hay quien no consigue eso. Entonces aquí el rollo es qué puedo hacer para que cuando yo me vaya mi familia quede en estabilidad, punto. No, no me preocupa eso. A mí lo que me preocupa en este momento es mi terapia ocupacional, mi diversión, compartir, platicar, apoyar. No, no, no, por supuesto que no. Pero tampoco me voy a estar preocupando por algo que yo no voy a resolver. Si en algún momento dado aparecen dolores intensos incapacitantes, entonces en ese momento estaré pensando en ir a ver al... ya sea al ortopedista o al neurólogo.

Vemos que Alan interrumpe su tren de pensamiento sobre morir para enfocarse solamente en los aspectos positivos de llegar cada año a un nuevo cumpleaños (aunque en esa visión hay un número finito de cumpleaños: “*un año más es un año menos*”). Cabe notar, sin embargo, que precisamente como no había ninguna solución ante la muerte, había una suerte de liberación de preocupación (“no me voy a preocupar por algo que no voy a resolver”), dejando el espacio para ser ocupado principalmente por el disfrute.

Por otro lado, el testimonio de Benjamín a propósito del placer fue más representativo sobre el tipo corporal y sensorial:

Uno con los años no debe perder el gusto de la vida, el antojo. Yo ya no tengo dientes míos, pero tengo un antojo de pozole, de menudo. Lo hago cada 6 meses o cada 4. Pero pescados, mariscos, camarones, cuánta madre. No perder ese antojo de la vida... pasear... a mí me encantan las flores. A mi abuelita le gustaba mucho tener plantas. Yo veo aquí que las tienen súper descuidadas, secas. Ni me meto. Entonces me gusta tener en la casa de usted un jardín con flores distintas, rosales de diferentes colores. En la mañana abro, me baño, veo todas mis flores y eso me alimenta todas mis células de mi mente. Es un alimento enorme, enorme. No hay otra cosa. Entonces va uno en la calle... observar, ver, gozar lo que a uno le rodea.

En términos generales estos testimonios pueden considerarse una continuación del subtipo 2.2 porque expresan experiencias positivas. La diferencia más significativa es que en este tema los participantes se expresaron contrastando experiencias corporales negativas.

Subtipo 3.1 Hay dolor bueno que significa que todo está bien

Como una expresión directa del tema general, este subtipo recupera los testimonios de ciertos tipos de dolor que se interpretaron positivos y algunas veces placenteros. Particularmente aquellas sensaciones corporales que eran consecuencia del ejercicio físico y que se interpretaron como dolor.

Inclusive Carmelo y Domingo, quienes sufrían de dolor en las rodillas (mucho más el segundo de ellos), expresaron sentirse *mejor* tras las actividades de ejercicio físico... *porque* sentían dolor. Lo mismo fue expresado por cuatro participantes más, incluyendo a Benjamín, quien recordaba a una instructora del centro comunitario que les indicaba ejercicios más dolorosos en comparación con los practicantes que la habían sustituido:

Los estudiantes son demasiado débiles todavía. Están empezando a aprender. En cambio, la señora es una persona muy capacitada. Aparentemente es fácil, pero, sin embargo, son ejercicios que duelen los músculos. [Los nuevos instructores] sienten

que los viejitos somos muy débiles y entonces lo hacen más débiles. Entonces no se aprovecha realmente nada.

Las palabras de Benjamín reflejan que hay una asimetría entre la percepción de los jóvenes (lo que puede considerarse una parte de la expectativa social de la vejez) y su experiencia personal de capacidades físicas (la que extendía a todos los viejos), lo que era interpretado por él como condescendiente y poco útil, a partir de la ausencia de dolor. También: ese testimonio expresa que había tipos positivos de dolor que debían ser sentidos como parte de una forma de probar, por lo menos consigo mismo, que era capaz de hacer ejercicio. Era parte de una rutina con la que tenía de confirmar sus habilidades físicas.

Aunque estos testimonios se pueden leer bajo la misma luz del subtipo 1.1, es decir, que el cuerpo se encuentra en el fondo de la experiencia hasta que se sobreestimula o duele, también puede comprenderse como la falta de significantes para nombrar otras sensaciones corporales que no eran necesariamente dolor, que usualmente es considerado una sensación negativa. Es decir: una estimulación positiva del cuerpo.

Este tipo de testimonios también aparecieron en las mujeres (Arcelia, 75 años: “dolor del rico, así” mientras montaba una bicicleta estática) pero de manera muy aislada que no pudo configurar un subtipo específico, y más bien fueron testimonios relacionados a otros aspectos como la utilidad (tema 6) y el baile (subtipo 8.3).

Subtipo 3.2 No tengo miedo de morir, yo nací para morir

La mayoría de los participantes expresaron estar en paz con la idea de morir. Sin embargo, este subtipo agrupa los testimonios de cuatro participantes que literalmente expresaron haber nacido para morir. Dos de ellos se recuperan por su ejemplaridad:

Esa es la filosofía. No tengo miedo. Quizá hay algunas cosas que me preocupan de cara a la muerte: el dejar desamparada tal vez a mi esposa. No hacer cosas

administrativas que la protejan. Claro, uno quisiera vivir más años ¿no? Pero en mi caso, yo te reitero: yo, desde hace mucho tiempo aprendí que nací para morirme. Porque sé que me voy a morir y al final de cuentas no me voy a llevar nada más que el hecho de haber vivido y vivido bien (Alan).

Lógico, pues tiene que ser [que me voy a morir], no soy eterno. Si eso es natural, tenemos que... todo mundo debemos de... tener eso en la mente ¿no? Digo, a menos... si no está uno bien, o sea, de la cabeza, lógicamente nunca va a pensar en ello. Pero yo creo que un ser humano, digamos, debe de pensar en todo. En lo bueno y en lo malo. Y además, y de antemano, sabemos que nacemos para morirnos. Tarde que temprano tiene que llegarme el día. Si hasta ahorita yo me siento bien, qué bueno, le doy gracias a dios. consciente estoy de que tarde que temprano tiene que suceder de una manera o de otra. Me tiene que llegar la hora (Domingo).

En ambas expresiones encontramos que es precisamente la muerte lo que resalta los aspectos positivos de la vida, que la promesa de un fin es la oportunidad de apropiarse de este periodo de vida en el retiro.

Otra posibilidad es comprender esa ligereza con la que se habla de la muerte como una negación, por lo menos parcialmente, porque ellos mismos esperaban vivir muchos años más y la muerte no operaba como una sombra cercana sino distante. Inclusive para Domingo, quien sufría de discapacidad y un diagnóstico de cáncer, contaba con tener cirugía de rodillas y tratamiento exitoso, lo que le permitiría seguir viviendo y teniendo agravios con sus hijos.

Un notable testimonio de este subtipo fue el de Ignacio, quien también expresó haber *nacido para morir*, pero tras su segunda cirugía de corazón comenzó a experimentar la vida de una manera más fúnebre, perseguido por una amenaza constante de decaimiento y muerte, por lo que no tenía el giro positivo que se encontró en Alan y Domingo:

Bueno, sí me he de morir. Si no me intervienen me voy a morir y si me muero en la intervención... pues ¿qué más da? si para morir nacimos. "Usted échele ganas y si me salva pues qué bueno y si no, pues ni modo". Así le contesté yo [al médico]. Así por eso yo a la muerte, a la muerte, a la muerte... pues no. Y como le digo que le contesté al doctor: "para morir nacimos". Estoy consciente de que un día... ¿cuándo? ¿dónde? ¿de qué? no lo sé pero me voy a morir. Cualquier día voy a morir. No sé ni de qué ni

cómo voy a morir. Ni dónde. Pero sé que voy a morir y por eso no.... que yo me asuste. Sí en este último infarto que me dio sí sentí que casi ya me iba. Mis palabras que dije en ese instante dije: "ay, dios mío, si me voy a morir que se haga tu santa voluntad; si me vas a dejar vivir dame fuerzas para resistir". Y mire, aquí estoy. Y eso es lo que he sentido (Ignacio).

Tabla 8. Resumen de Tema 3. Porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir
Fuente: elaboración propia

Tema 3. Porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir		
Participantes que contribuyeron con el tema: 8 de 10 (Alan, Benjamín, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 3.1 Hay dolor bueno que significa que todo está bien Participantes que contribuyeron al subtipo: Benjamín, Carmelo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor	“Los estudiantes son demasiado débiles todavía. Están empezando a aprender. En cambio, la señora es una persona muy capacitada. Aparentemente es fácil, pero, sin embargo, son ejercicios que duelen los músculos. [los nuevos instructores] sienten que los viejitos somos muy débiles y entonces lo hacen más débiles” (Benjamín).	El placer se interpretaba como un mediador del dolor físico y los pensamientos negativos sobre la muerte. Las sensaciones físicas que siguieron al ejercicio se interpretaron como dolor positivo, lo que era interpretado como una manera de probar las capacidades físicas y una manera de contrarrestar otros tipos de dolor.
Subtipo 3.2 No tengo miedo de morir, yo nací para morir Participantes que contribuyeron al subtipo: Alan, Benjamín, Domingo, Ignacio	“Esa es la filosofía. No tengo miedo. Quizá hay algunas cosas que me preocupan de cara a la muerte: el dejar desamparada tal vez a mi esposa. No hacer cosas administrativas que la protejan. Claro, uno quisiera vivir más años ¿no? Pero en mi caso, yo te reitero: yo, desde hace mucho tiempo aprendí que nací para morirme” (Alan).	Las expresiones agrupadas en este tema en principio expresan posiciones ligeras hacia la muerte: los participantes no sentían miedo a morir, pero en realidad esperaban vivir muchos años más. La notable excepción fue Ignacio, cuya experiencia estaba a la sombra de la enfermedad y la amenaza constante de morir.

Tema 4. Los padecimientos son la consecuencia de tus acciones

Este tema agrupa tres diferentes explicaciones que los participantes dieron al origen de las enfermedades. Los tres subtipos recogen una serie de visiones sobre la salud vinculada con los estilos de vida, juicios morales, predeterminación (el destino) y relaciones sociales.

El criterio aglutinador de este tema fueron las asunciones sobre estilos de vida, lo que de otra manera se puede entender como una atribución a las decisiones individuales. Parecía que la intención tenía un rol significativo en la prevención de enfermedad y también en el éxito que tendrían los tratamientos. Sin embargo, también pueden comprenderse como negaciones del deterioro corporal mediante la construcción de una narrativa sobre la mente (como una forma de intención individual) que sobrepasa las imposibilidades del cuerpo.

En las mujeres este contenido también está presente como se muestra en los subtipos 7.2 (“nada te salva de la enfermedad y la vejez”), 7.3 (“la enfermedad se puede superar con la intención”) y 7.4 (“causas interpersonales de la enfermedad”).

Subtipo 4.1 Especialmente tus acciones malas

Aquí la palabra “malas” se eligió para expresar ambigüedad sobre el comportamiento corporal: por un lado, se refirió comúnmente al ejercicio y estilos de vida saludables (y su contraparte, los no saludables o “malos”), mientras que, por otro lado, recupera expresiones cargadas moralmente sobre la sexualidad y alcoholismo. Inclusive Julián, quien estaba orgulloso de haber sido alcohólico, atribuía a esa conducta que nunca se hubiera casado ni, en sus palabras, “construido futuro” aunque lo asociaba directamente con su ocupación:

Es que en el ramo del zapato le gusta mucho a uno el chupe. Yo fui catarrín de quedarme tirado en el suelo. Si antes de milagro alcancé la pensión. Dejaba la chamba por irme con los cuates al chupe. Agarré una racha cuando me corrieron de una fábrica de por aquí. (...) Digamos, todos... ese ramo de la tenería y el zapato son de puros catarrines. Borrachines. Nos gusta mucho el vino. Y yo dejaba la chamba por dedicarme al chupe (Julián).

Félix, quien había tenido un accidente que le había ocasionado osteoartritis cervical, prontamente intentó aclarar que no estaba bebiendo en ese momento:

A lo mejor si hubiera andado tomado sí hubiera sido un pretexto, pero ni siquiera estaba tomando; estaba viendo a los muchachos y eso fue lo que pasó. Que no pude enderezarme lo suficiente como para impedir seguir corriendo.

Aunque el testimonio de Félix implica que su padecimiento no había sido consecuencia de una “acción mala”, fue una explicación no solicitada que no estuviera bebiendo alcohol, por lo que por lo menos hay una asociación de sentido entre una y otra cosa. A propósito de conductas y estilos de vida, Ernesto se expresó a propósito de la alimentación como consecuencia de las prácticas laborales:

Si se da uno vida de perro... si no come uno a sus horas, se malpasa... vamos a decir, vamos a suponer: ahorita estás tú trabajando aquí y ya me hiciste la entrevista. Le haces la entrevista a otro y a otro y no vas a almorzar, no vas a comer. Entonces tú solo te das en la torre ¿no? Ya te tocó la hora de la comida, la hora del almuerzo y te vas a almorzar. Y yo así me di algunas cosas por querer hacer algo así.

Esa vinculación entre trabajo y hábitos, tanto en Julián como Ernesto, aunque tiene claras diferencias a propósito del locus de control (interno para Julián, externo para Ernesto), comparten una conexión *natural* entre ambos y también que ambos realizaban trabajos “con el cuerpo” (zapatero y albañil). Esto se puede entender extendiendo la inferencia que hicimos en el tema 1 sobre cómo para las personas que habían trabajado con el cuerpo (y ello entendido en términos de clase social) mediaban toda su identidad a través de su trabajo. Ernesto seguía siendo un albañil y ahora Julián era borracho porque era zapatero.

El peso moral del comportamiento sexual también estuvo presente en los testimonios que vinculaban las acciones con consecuencias en salud. Por ejemplo, Ernesto dijo:

Pero, por decir así, me voy a comparar con otra persona de 73 años, igual que yo, que esa persona que a lo mejor se durmió con... 10 damas... y anduvo más así, pues toda

la sustancia se le salió. Entonces llega ya a la esta... [¿vejez?] y entonces hasta se le puede voltear la... forma.

Las palabras de Ernesto reflejan un fuerte contenido moralizante posiblemente explicable a la luz de su cohorte generacional (el eufemismo “dormir” para referirse al acto sexual y la explicación sobre una sustancia finita que acabaría con su masculinidad, así como la consecuencia no realista de la modificación en la forma del pene), lo que podría haberse asumido de antemano. Lo que llama la atención es que Ernesto estaba explicando su universo de significación de una manera más concreta que abstracta, como una consecuencia de clase social incluyendo la educación básica trunca que había tenido en su infancia.

Subtipo 4.2 ... excepto cuando no

Este subtipo es una continuación del 4.1, como una agrupación de excepciones que se pueden leer mediante los conceptos de *naturaleza* (la mayoría de las veces entendida como *genética*) y *destino* (solo parcialmente atribuido de manera religiosa) que tenían la capacidad de sobrepasar la intención y la moralidad de las acciones y sus consecuencias en la salud.

Carmelo, quien repetidamente expresó que la salud en la vejez se atribuía a la actividad física durante la vida, se comparó con su esposa, quien había fallecido por consecuencia de la diabetes que había heredado de sus padres. Pero también se comparó con su hermano, quien había tenido un estilo de vida muy diferente (“*peor*”) que el suyo, y tenía las mismas enfermedades que él (donde la genética sobrepasaba la intención). También fue el caso de Héctor, quien tenía diabetes, pero repetidamente la atribuía a sus genes... su evidencia es que siempre había sido delgado, pero que sus padres habían tenido diabetes.

Félix se expresó de una manera similar, diciendo que el ejercicio es fundamental “*aunque hay personas que traen una marca, una herencia de los padres*”, y Domingo simplemente expresó que hay personas que “*nacen viejas*”.

Ignacio expresó una visión similar en la que las enfermedades estaban predestinadas, aunque para él, eran atribuibles a dios (hay que recordar que Ignacio había tenido dos cirugías en el corazón y que tenía mucho pesimismo hacia el futuro):

El jefe [señala hacia arriba] es el que decide. ¿Qué se gana uno con que haya buenos doctores? Ya el jefe dice: "hasta aquí" y hasta aquí. Está destinado ya. Ya no hay curación. Lo tienen allí porque está dejando dinero, vida artificial. Para sacar la lana. De ahí se mantienen. En el seguro es igual. Este y el hospital y el seguro, todos son iguales (Ignacio).

Subtipo 4.3 Confiar en los demás es lo que te enferma

Este subtipo describe cómo algunos participantes percibieron que sus relaciones sociales afectaban su salud, particularmente cuando las emociones positivas no eran correspondidas. Domingo repetidamente expresó que un conflicto que tenía con sus hijos lo afectaba, sin embargo, el testimonio de Ernesto es el gran clarificador de este subtipo:

Es la honestidad que a veces a uno le cala o a veces uno hace un trabajo a una persona que también no conoces bien. Y luego después estás esperando el dinero y se te esconde y tienes que llevar el chivo para tu familia para que tu familia coma, te está esperando la señora con los niños... que le lleve carnitas, un algo así porque fue sábado y llegas sin dinero, no te pagaron. Entonces todo eso lo va a uno amolando. Uno trabaja con entusiasmo, con ganas y no le pagan a uno. Entonces eso se va acumulando y a uno después le hace mal en su corazón. A veces a mí me gusta pagar hasta adelantado y confío en la gente y la gente no coopera y me friega aquí [se toca el corazón]. Sí, me friega.

Ambas experiencias (Ernesto y Domingo) son ejemplos de cómo las enfermedades eran mediadoras de relaciones sociales, y viceversa. Aunque el testimonio de Ernesto claramente vincula las emociones y la salud, también es claro que esa conexión estaba mediada por la clase social y posiblemente por componentes de la sociedad estratificada por el sexo, pues el dinero y la incapacidad de proveer alimento para su familia también fueron mencionados.

Tabla 9. Resumen de Tema 4: Las enfermedades son la consecuencia de tus acciones

Fuente: Elaboración propia

Tema 4: Los padecimientos son la consecuencia de tus acciones		
Participantes que contribuyeron con el tema: 9 de 10 (Alan, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio, Julián)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
<p>Subtipo 4.1 Especialmente tus acciones malas</p> <p>Participantes que contribuyeron al Subtipo: Alan, Carmelo, Domingo, Ernesto, Félix, Genaro, Héctor, Ignacio, Julián</p>	<p>“Si se da uno vida de perro... si no come uno a sus horas, se malpasa... vamos a decir, vamos a suponer: ahorita estás tú trabajando aquí y ya me hiciste la entrevista. Le haces la entrevista a otro y a otro y no vas a almorzar, no vas a comer. Entonces tú solo te das en la torre” (Ernesto).</p>	<p>El término “malas” se refiere tanto a estilos de vida como a aspectos moralizantes (especialmente sobre sexualidad y alcoholismo).</p> <p>Esas explicaciones atribuían las consecuencias de salud a la individualidad. También operaron como narrativas para sobreponer la mente al declive corporal.</p>
<p>Subtipo 4.2 ... excepto cuando no</p> <p>Participantes que contribuyeron al Subtipo: Carmelo, Domingo, Félix, Héctor, Ignacio</p>	<p>“Algunas personas nacen viejas” (Domingo).</p>	<p>Este subtipo balanceó las asunciones de la intención del Subtipo 4.1, notablemente alrededor de dos conceptos: la naturaleza y el destino.</p>
<p>Subtipo 4.3 Confiar en los demás es lo que te enferma</p> <p>Participantes que contribuyeron al Subtipo: Alan, Domingo, Ernesto</p>	<p>“Es la honestidad que a veces a uno le cala (...). Uno trabaja con entusiasmo, con ganas y no le pagan a uno. Entonces eso se va acumulando y a uno después le hace mal en su corazón. A veces (...) confío en la gente y la gente no coopera y me friega aquí [el corazón]” (Ernesto).</p>	<p>Agrupar las visiones más explícitas sobre cómo las relaciones sociales no recíprocas afectaban negativamente las consecuencias en salud</p>

Temas menores para hombres (Tema 5)

Este tema agrupa testimonios valiosos que no se aglutinaron en clústeres, como los anteriores, no obstante que reflejan testimonios de experiencia que vale la pena recuperar.

El primero de ellos (al que para fines de referencia llamaremos subtipo 5.1) se refiere a la espiritualidad: mientras que en los estudios cualitativos sobre envejecimiento en México que referimos antes se encontró que la religión tenía un lugar muy importante, en nuestro estudio la espiritualidad estuvo relativamente ausente en los hombres, y las menciones de dios se interpretaron más como *maneras de hablar* que como creencias profundas: “*gracias a dios a pesar de que tuve un accidente hace un año... un problema en las cervicales... nunca me he sentido viejo*” (Félix), “*yo no me siento viejo, sabrá dios*” (Ignacio), “*le doy gracias a dios de que no me siento tan adulto mayor*” (Benjamín), “*ahorita yo me siento bien, qué bueno, le doy gracias a dios*” (Domingo), excepto cuando Ignacio se expresó con un “*El jefe [señala hacia arriba, dios] es el que decide*”.

En este sentido veremos una diferencia muy marcada con la submuestra de mujeres (subtipo 11.2), donde hubo un protagonismo muy significativo de referencias a dios.

En lo que llamaremos subtipo 5.2, se trata de la relación que tenían los hombres con sus nietos. Excepto por Genaro (a quien le encantaba cuidarlos) y Julián (quien no tenía nietos), todos los demás participantes (8 de 10) se expresaron muy negativamente sobre el cuidar a sus nietos, lo que implicaba una experiencia negativa. Entre paréntesis cabe decir que también hubo una experiencia similar para las mujeres, recuperada en el subtipo 11.4: “*afortunadamente mis nietos no son mi responsabilidad*”, lo que pone en perspectiva la expectativa social sobre la vejez equiparada a ser abuelo.

Félix explicó su experiencia como una imposición y un obstáculo en su rutina diaria como parte de un arreglo doméstico con su hija:

No me gusta. Porque me quita este tiempo que me gusta tener, pero no puedo completarlo porque existe la necesidad de ir a recogerlos, llevarlos a la casa. Pues no tengo de otra. Mi hija entra a trabajar a las 8 de la mañana. Yo vivo con ella. Me pidió que compartiéramos la renta para ayudarse.

Benjamín tuvo una experiencia similar y negativa sobre el cuidado de los nietos y el significado de ser abuelo:

Afortunadamente [mis nietos] viven allá [en Monterrey]. Los extraña uno un momentito, pero un momentito nada más. Porque ya es otra generación, es otra cosa lo que viene ahí. Nos une alguna relación, pero entre más lejos mejor... ¡jajaja! (...) a los nietos le pongo una barra como los Estados Unidos, diría Trump: un muro. No de 6 metros, de 20. Para que ni se asomen.

Y Alan:

No andar cuidando escuincles porque cuando uno llega a término laboral pues uno no puede convertirse en el sirviente ni de tu nuera ni de tus hijos ni eres la pilmama de tus nietos. Tu vida es tuya, tus espacios son tuyos, tu manera de cultivarte es tuya, tú tienes que vivir para ti mismo, ya cumpliste. De saber que no tengo ya responsabilidad ya con mis hijos porque son profesionistas y desligarme de esas estúpidas obligaciones que a veces los adultos creemos que son nuestras, como es el cuidar a nuestros nietos. Yo no.

Estos testimonios reflejan también la perspectiva de los envejecimientos rupturistas, la tercera edad (en su sentido original) y una nueva etapa de vida agéntica marcada por la libertad y los proyectos personales, en contraste con las expectativas sociales.

Temas en la submuestra de mujeres

Tema 6: La vejez significa no poder trabajar o ser útil

Este primer tema de las mujeres recupera la mayoría de los aspectos vinculados con el trabajo. En ciertos sentidos corresponde con el tema 2 en los hombres, pues refleja también que las mujeres se sintieron empujadas hacia la vejez a partir de la exclusión del trabajo.

Cabe decir que aquí están incluidos también todos los testimonios que se referían al trabajo doméstico, únicamente distinguibles cuando significaron experiencias distintas para las mujeres mismas (y concretamente la diferencia entre los subtipos 6.1 y 6.2), muchas veces como algo distinto al trabajo. Cuando cuestioné a Minerva (74 años) sobre este asunto

expresó: *“Siempre fui ama de casa. Siempre atendí a mi familia, nunca trabajé. Ni de joven porque mi mamá nunca me dejó. Siempre todo el tiempo así estuve”*, lo que refleja la estratificación por sexo donde el trabajo doméstico está ensombrecido por la vida laboral fuera del hogar. A pesar de ello, este tema recupera ambos tipos de trabajo, notando las diferencias. Por ejemplo, los testimonios (a veces de la misma persona) se polarizaron a propósito de un deterioro corporal que se experimentó más como consecuencia del trabajo doméstico, enfatizando las capacidades cognitivas en el trabajo fuera del hogar.

Resalta que en la mayoría de las circunstancias las mujeres hicieron referencia a sentirse útiles, una característica que atravesó la experiencia de las mujeres inclusive en aspectos de su vida que de otra manera podrían ser solamente de ocio, configurando el subtipo 6.4. Un poderoso sentimiento que guió el tema también fue la autosuficiencia, como se ve en el subtipo 6.3, al lado de la utilidad. Estos dos aspectos configurando un testimonio de un cuerpo que precipita la vejez, pero más por su función social.

En términos generales este tema configura esa experiencia en un gradiente entre la evaluación externa y las posibilidades físicas, donde al final se encontraría la imposibilidad de ser útil, dando cuenta de un sentimiento ambivalentemente inestable sobre la vejez.

Subtipo 6.1: A partir de la evaluación de los demás

Fue la evaluación externa (que atribuía una incapacidad para realizar tareas) la que se introyectó como detonadora de la propia vejez. Es correspondiente con el subtipo 2.1 de los hombres (*“la vejez es determinada por el exterior”*).

Irene (73 años), quien había sido vendedora, expresó el siguiente testimonio que refleja que su trabajo era fundamental para su experiencia e identidad, y que una vez que hubo una evaluación externa como *“grande”* las oportunidades de trabajo se redujeron, interpretándolo ella misma como disminución de capacidades:

Cuando dejé de trabajar [me sentí vieja]. Yo trabajé siempre. Dejé de trabajar entonces empecé a sentirme inútil. O sea, empecé a sentir... se siente muy desagradable cuando se deja de trabajar. Cuando es uno joven quisiera no trabajar: "ay qué trabajo, qué lata levantarme temprano, qué horrible, qué cansado". Pero cuando ya no puede trabajar por una enfermedad se siente uno muy triste. (...) Es cuando descubres los años que tienes y las capacidades que tienes. Porque te das cuenta de que estás imposibilitado a trabajar y porque ya en muchos lados no te dan trabajo, porque ya te ven grande ya no te dan trabajo.

Irene también está dando cuenta de cómo se tradujo esa evaluación externa en el sentimiento de inutilidad, lo que no estaba presente en la muestra de los hombres. Ese aspecto se encuentra también en Arcelia (75 años), quien también trabajó en ventas, aunque su testimonio tiene un sentido más medicalizado: *“yo siempre trabajé, trabajé, trabajé y cuando ya me pensioné y todo eso me entró en la casa una depresión horrible”*.

Resaltan las palabras de Xóchitl (79 años), quien había trabajado como costurera y, aunque se había retirado a partir de un accidente que le impidió continuar, tuvo dificultad para trabajar en otros campos por el rechazo de su edad (también referida como “ser grande”): *“pues... ya no me quieren en ningún lado, porque ya grandes ya no lo quieren a uno”*.

Lo que también es interesante de Xóchitl es que su respuesta fue a un cuestionamiento abierto sobre las “actividades que realiza”: su respuesta espontánea fue sobre el trabajo y actividades económicas, sumando un dato también para el subtipo 6.4, sobre la utilidad y el dinero como aspecto mediador del ocio en la experiencia femenina. Cuando pregunté sobre cómo se había sentido luego de no poder encontrar trabajo, Xóchitl contestó:

Muy mal, muy mal, muy mal. Y me siento muy mal. Porque, mire, ya con 80 años, aunque usted sepa trabajar no le dan trabajo. Y menos con una discapacidad. Y yo, para mí, desde muchos años atrás me acostumbré a vivir de mí.

Es importante notar que Xóchitl se sentía por un lado completamente capaz de realizar trabajo, pero al mismo tiempo con discapacidad, lo que contrasta con las habilidades

(observadas por mí) de ser completamente independiente, tanto en el sentido físico como en el social (era soltera y responsable de sí misma en todos los sentidos). Ella era beneficiaria del sistema de pensiones del IMSS y su necesidad de trabajar estaba motivada principalmente por los aspectos de socialización y desarrollo de actividades de logro. Pero la ausencia de oportunidades de trabajo no únicamente la hacía sentir “muy mal” sino *en discapacidad*, lo que, de nuevo, remite a la utilidad, aunque fuera para sí misma.

Como tema recurrente también estuvo presente en los testimonios de Zayra (70 años), quien “*hacía trabajitos*” y a la fecha estaba buscando empleo pues acababa de terminar uno en el que “*hacía comida*” (también por evaluación externa y con sentimientos adversos y de inutilidad) (“*nomás imagínese cómo me sentí, ya inservible*”). Su esperanza era encontrar un empleo que estuviera a la altura de sus capacidades físicas:

Hay trabajos (...) a posibilidades de uno... pudiera ser que nos dieran un trabajito. Yo me imagino que en una oficina. Hacer limpieza en oficina, yo pienso que no debe estar muy pesado; nunca lo he hecho. En una oficina andar sacudiendo y así, cositas.

También eral el caso de Carlota (69 años), quien estaba buscando empleo. Aunque había trabajado los últimos años como secretaria en un empleo formal, antes de eso había tenido ocupaciones en la informalidad y como ama de casa, por lo que no había alcanzado los beneficios del retiro institucional. Al momento de la entrevista se sostenía de los ingresos de su esposo, quien trabajaba como vendedor, y del aporte económico de sus hijos.

En Carlota esa condición dual de trabajo formal y trabajo doméstico se expresó de una manera que representa una especie de puente entre este subtipo y el siguiente, pues expresó tanto el aspecto de la evaluación externa (vinculada al trabajo formal) como el de las capacidades físicas (más presente en las personas que se dedicaron a las labores domésticas). Carlota se comparaba con una persona de la mediana edad, asumiendo que no habría ninguna diferencia cognitiva, especialmente porque realizaba esfuerzos por mantener activa su mente:

Simplemente en los trabajos... ¿tú crees que mucha gente de 42 años —que ponen ahora de límite para un trabajo— tú crees que nosotros no podemos? Nos han hecho la prueba de memoria... a mí me gusta hacer crucigramas, sopas de letras. Agarro un crucigrama, un diccionario de sinónimos y antónimos y mi diccionario de lengua española y... mis libros de geografía, los países, los turcos, aquello.

La vinculación de la vejez, la utilidad y el trabajo también estuvo presente en Elba (67 años) quien todavía vendía productos de manera informal, lo que para ella representaba un trabajo que le permitía desarrollarse como persona y refugiarse de la vejez:

Bueno... yo nunca... hasta la fecha no me siento vieja, pues, por decirlo de alguna manera... no me siento vieja ni me siento una mujer que ya por la edad que tengo ya no puedo desarrollarme en alguna actividad o algo (...) Toda mi vida he trabajado.

Subtipo 6.2: Por la enfermedad o la imposibilidad física

Este subtipo contrasta con el anterior, donde no es la evaluación externa sino la imposibilidad física para seguir laborando lo que implicó la vejez. Difiere del tema 8 (“la vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento”) porque aquí se refiere al trabajo como foco, y allá el punto principal son las cuestiones corporales implicadas en el movimiento.

Contribuyó con este tema Querubina (64 años), quien decidió jubilarse de su trabajo formal como enfermera una vez que tuvo que empezar a utilizar anteojos para aplicar inyecciones correctamente: *“a mí no me gustaba dar dos o tres piquetes, yo a la primera. Decía yo: “ya no puedo, ya mis ojos ya no me ayudan”, entonces ¿para qué estaba yo ahí?”*.

Es importante notar que su jubilación fue por decisión propia (y no una imposición del exterior), lo que matizaba los afectos presentes en sus comentarios. Ese giro relativamente positivo se notó en lo que dijo enseguida: *“si hay jóvenes que quieren entrar... hay que dar la oportunidad... y más si nos pagan, hombre”*.

Sin embargo, Querubina fue la única contribuyente con este tema que tenía esa característica de haber recibido jubilación por su propio trabajo. El resto de los testimonios

se refieren a mujeres que realizaban labores domésticas, lo que hace pensar ese tipo de trabajo con las mismas implicaciones que tuvo “trabajar con el cuerpo” en los hombres (tema 1) y principalmente la de una identidad configurada alrededor de la ocupación.

Ello queda claro en el testimonio de Diana (72 años) quien había sido ama de casa y expresó: *“no puedo ya. Yo siento que no puedo porque ya no puedo ni exprimir el mechudo; la escoba me lastima mucho mis brazos. (...) el quehacer; no puedo lavar los trastes, no puedo barrer”*. Cuando le pregunté si le gustaría poder hacer ese trabajo me contestó con absoluta obviedad: *“pues sí. A veces sí lavo poquita ropa mía pero no puedo (...) yo todavía quiero (...) barrer allí, en la casa, trapear, lavar los trastes. Darle una limpieza a la estufa”*.

A propósito de las mismas implicaciones que el *trabajo con el cuerpo*, parece haber una coincidencia en la estratificación social por clase y sexo: Diana había tenido solamente educación básica y su mundo subjetivo era más concreto que abstracto: cuando le pregunté qué actividades le gustaría realizar dijo *“me gustaría hacer como así”*, haciendo un gesto apuntando al mantel, como si se refiriera a hacer manualidades, pero sin lograr articularlo. Cabe decir que ese comportamiento también podría ser interpretado como parte de un deterioro cognitivo leve (DCL) (lo cual no se descarta como una posibilidad) pero hemos optado por leerlo a la luz de los aspectos críticos de la gerontología.

El testimonio de Wendy (70 años), quien había trabajado en el campo y como ama de casa, también contribuye con este tema:

Me volvió de vuelta [la artritis]. [Se siente] feísimo porque se ponen tiasas todas las articulaciones en puro dolor. Cuando me tumbaron de a tiro me puse tiesa toda. (...) Me desespero, pero tengo que cuidarme porque después no sirvo para nada (...). Aunque me duela no quiero sentirme enferma, quiero sentirme bien y camino... yo no quiero caminar como viejita.

Hay en esas palabras un rechazo tanto a la identificación como “viejita” en términos corporales (dolor, caminar) como el tópico recurrente de este tema a propósito de la utilidad.

Y Xóchitl (79 años) inclusive comparó la utilidad con la felicidad y la inutilidad con la muerte: “[Sí me preocupa], cómo no. *Imagínese, si ya no somos útiles... 3 metros bajo tierra (...). La actitud de las personas les cambia porque se sienten útiles, se sienten serviciales (...)* nos sentimos felices porque somos útiles”.

Contribuyeron también Francisca (78 años) (“*cuando yo estaba así más... que me podía mover yo toda pues yo vendía cena en mi casa. Y ya de ahí de la cena me metía, lavaba mis trastes y hacía todo. Y ahorita nada. Ya no puedo.... pues ya no le hago la lucha*”), Olga (91 años) (“*yo quisiera tener... poder hacer muchas cosas que ya no puedo hacer. Andar p'allá y p'acá. Como yo era del rancho yo le ayudaba mucho a mi esposo en todo... en la milpa, en cortar frijol, en todo eso. Sembrar. Moler, tortear, y todo eso*”), Karen (69 años) (“[ya no puedo hacer] *todo mi quehacer. Y dondequiera salía yo a los mandados y ahora no, ya va m'hija*”) y Minerva (74 años) (“*pues a veces se siente uno triste porque dice: "ay, ya no puedo hacer lo que yo hacía"; como que se siente uno, precisamente, el desánimo*”) quien añadió el aspecto de la tristeza como contraparte a la felicidad del testimonio de Xóchitl.

Carlota ya había sido mencionada como un ejemplo puente entre el subtipo anterior y este, por haber tenido ambas experiencias de trabajo fuera de casa y doméstico, aunque el testimonio que contribuye para este subtipo se refiere a las molestias corporales experimentadas en el trabajo doméstico:

Haciendo el quehacer [noto mi edad], por ejemplo. Hay una coincidencia en mi vida... un parteaguas. [Antes] hacía todo. Todo, todo. Barría, trapeaba, todos los días (...) y ahora ya me canso (...). Y es otra de las cosas por las que vengo a la gimnasia, a la activación física. Porque... sí, ya me costaba más trabajo.

Aunque sus dos testimonios dan cuenta de las intenciones de sobreponerse con el deterioro relacionado con la edad, destaca mucho que cuando se refería a su trabajo como

secretaria estaba implicada la mente (hacer crucigramas, recurrir a libros) mientras que en términos domésticos se refiere a la activación física, gimnasia.

Subtipo 6.3: La vejez significa no ser autosuficiente

Este subtipo extiende el espíritu de la utilidad, aunque enfocado en sí mismas. Aunque también es cercano al subtipo 8.3 (“no quiero que cuiden de mí”), allá el foco es el cuidado y aquí la autosuficiencia, la libertad y la autoridad, por lo que en todo caso son análogos.

Específicamente sobre la autoridad, Karen (69 años) expresó que sus hijos no la *dejan ser libre*, lo que ensombrecía toda su experiencia con miedo y una sensación de inutilidad:

Sí me pone triste (...), no me dejan hacer lo que yo quiero hacer... decidir yo las cosas, hacer las cosas que yo quiero. Yo de mi gusto ya no quisiera estar aquí en la casa, yo quisiera irme... o ser fuerte y ya no tener miedo. Pero pues... no. Yo le pido mucho a dios que me haga fuerte, que no tenga miedo, que no lllore. Es cuestión de pedirle a dios que me ayude, estar rezando (...). Me siento inservible, pero qué hago.

La transferencia de autoridad hacia los hijos también estuvo en Xóchitl (79), quien estaba “acostumbrada a vivir de sí” (no tenía hijos) pero expresó que:

Lo más importante es que nos den un poquito de libertad. Una de mis cuñadas tenía a su mamá... a muy temprana edad la arrinconaron en un sillón en su cuartito y si llegaban visitas [le decían] "no salgas mamá, es para jóvenes". Y la señora del cuartito al sillón y del sillón al cuartito. Si la persona debería durar más de 100 años no duran porque ya se están sintiendo inútiles.

Es decir, como si hubiera no una asociación directa entre la mortalidad y la edad sino indirecta, mediada por la autonomía. Blanca (84 años) expresó que “estar viejita” significaba:

Que ya no puedes hacer nada, que te tienen que hacer todo. Que ya no tiene independencia. Ya está uno inútil, ya no puede hacer uno nada. Me impone porque no puedo hacer cosas para poder yo solventar los problemas que tengo. Por eso me pesa, por lo demás no. Me siento feliz. Solamente dios sabe por qué nos tiene en este mundo.

Un aspecto interesante de Blanca es que para ella había varias (por lo menos dos) subdivisiones en la vejez: una en función de la autosuficiencia y otra en función del estado de ánimo (se sentía feliz). Especialmente cuando se toma en cuenta que Blanca efectivamente necesitaba asistencia para su vida cotidiana (no podía caminar por su propia cuenta, manejar, cocinar). No obstante, ese refugio en la felicidad vinculada con su sentido religioso la salvaba de estar en lamento. Inclusive llegó a expresar esa diferencia (como si expresara la distinción entre la tercera y la cuarta edad): *“anciano que ya no puedes hacer nada, todo tienen que hacértelo. Y la vejez todavía haces cosas”*.

Esta experiencia también fue vicaria. Por ejemplo, Tatiana (61 años) se refería a “una señora que conocía” de 70 años, quien decía que ya estaba vieja, no servía para nada y se iba a morir en cualquier momento. Tatiana, frente a eso, expresó:

Eso es llegar a ser viejo. Siempre se está lamentando que está vieja, que está vieja. Yo la veo y no quiero llegar a esa edad. A lo mejor ya llegué, pero no la he sentido o no la quiero aceptar. Como soy una persona independiente, autosuficiente... y esta señora no. Si no está su hija para que le haga sus cosas, ella no hace nada.

Lo que salvaba a Tatiana era su independencia y autosuficiencia. En ese sentido vicario también contribuyó Graciela (61 años), quien se refería a los “viejitos de verdad” como aquellos no podían llegar por su propia voluntad ni con asistencia (*“no hay quien los traiga, ya no pueden”*). Otra manera en que se expresó fue a través del miedo: Zayra (70 años) dijo: *“imagínese, que vaya yo a quedar inválida. Sí me preocupa. Y yo quisiera estar trabajando para yo sostenerme yo misma”*.

Subtipo 6.4: El ocio mediado por la utilidad y el dinero

Este subtipo recoge una imposibilidad de concebir el ocio sin la mediación de la productividad. Lo que contrasta con el subtipo 2.2 de los hombres, quienes habían pasado a

una etapa de vida diferente de la vida, posiblemente porque el retiro había operado como un ritual que cerraba un rol social y una etapa de vida e inauguraba otra. Los dos testimonios que se presentan a continuación son de mujeres que además aún estaban preocupadas por subsistir económicamente, dependiendo de los hijos.

Por ejemplo, Wendy (70 años) me proporcionó para la entrevista un tiempo en el que el resto de sus compañeras estaban en una actividad de una manualidad en la forma de un pez, a la que había renunciado porque no podría hacer dinero de él:

No, el pescado no me llama la atención. Yo hago otras cosas... para vender. Para sacar un cincuito. Hago flores de esas telitas con trapo [limpiapipas] para hacer canastitas, floreros. Las saco a vender y ya gano algo. De ese pescado pues ¿qué voy a vender? A ese pescadito se le mete dinero y yo nada que tenía y pues me aguanto.

También Karen (69 años) se expresó en ese sentido, encontrado inútil participar en ciertas actividades del centro comunitario por la imposibilidad de monetizarlas: *“¿para qué me meto a taller aquí? ¿para seguir acumulando en mi casa? Quiero meterme en las jardineritas de madera (...) me metí en un curso de panadería (...) sé muchas cosas, pero ¿qué gano?”*. Ante mi respuesta: “entretenerse, salir a conocer personas” ella solamente pudo seguir con su monólogo: *“solo que me ponga hacer en mi casa el pan y venderlo, galletas y todo eso”*.

Tabla 10. Resumen de Tema 6: La vejez significa no poder trabajar o ser útil

Fuente: Elaboración propia

Tema 6. La vejez significa no poder trabajar o ser útil		
Participantes que contribuyeron con el tema: 17 de 26 (Arcelia, Blanca, Carlota, Diana, Elba, Francisca, Graciela, Irene, Karen, Lorena, Minerva, Olga, Querubina, Tatiana, Wendy, Xóchitl, Zayra)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 6.1 A partir de la evaluación de los demás Participantes que contribuyeron al subtipo: Arcelia, Carlota, Elba, Irene, Xóchitl, Zayra	“Muy mal, muy mal, muy mal. Y me siento muy mal. Porque, mire, ya con 80 años, aunque usted sepa trabajar no le dan trabajo” (Xóchitl).	El factor detonador de la vejez sería una evaluación externa sobre las propias capacidades, lo que se introyectó en asociación a un fuerte sentido de inutilidad.
Subtipo 6.2 Por la enfermedad o la imposibilidad física Participantes que contribuyeron al subtipo: Carlota, Diana, Francisca, Karen, Lorena, Minerva, Olga, Querubina, Wendy, Xóchitl	“Me desespero, pero tengo que cuidarme porque después no sirvo para nada (...). Aunque me duela no quiero sentirme enferma, quiero sentirme bien y camino... yo no quiero caminar como viejita” (Wendy).	El trabajo doméstico tuvo las mismas implicaciones que el trabajo con el cuerpo en la submuestra de hombres, principalmente en términos de una identidad construida alrededor de esa ocupación.
Subtipo 6.3 La vejez significa no ser autosuficiente Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Graciela, Karen, Tatiana, Xóchitl, Zayra	“Anciano [es] que ya no puedes hacer nada, todo tienen que hacértelo. Y [en] la vejez todavía haces cosas” (Blanca).	Ser autosuficiente en términos económicos y personales proporcionó un sentimiento profundo de libertad que contrastaba con experiencias distantes de la dependencia y la vejez.
Subtipo 6.4 El ocio mediado por la utilidad y el dinero Participantes que contribuyeron al subtipo: Karen, Wendy, Xóchitl	“¿Para qué me meto a taller aquí? (...) ¿qué gano? Solo que me ponga hacer en mi casa el pan y venderlo, galletas y todo eso” (Karen).	Este subtipo expresa un sentimiento de algunas participantes que no estaban en la seguridad económica, de mediar su experiencia a través de los aspectos económicos.

Tema 7: La vejez es la enfermedad o disfunción (en términos no limitados al movimiento)

Este tema recupera todos los testimonios que se refieren a la vinculación que entre la vejez y enfermedad o disfunción del cuerpo, no exclusivamente en términos medicalizados.

Aunque los subtipos 7.1 a 7.4 recuperan los aspectos específicos de esa vinculación, en términos generales es posible mostrar algunos testimonios cortos que dan cuenta sobre esa conexión: por ejemplo, el de Yolanda (70 años): *“yo nomás digo, lo único que pienso, que quizás por las enfermedades representan edad”*; el de Querubina (64): *“yo pienso que es también por la edad: nuestro organismo no es el mismo que antes (...) lógico que en el organismo va a haber repercusión”*; y el de Graciela (61), a quien pregunté que si se sentía una persona mayor, lo que negó añadiendo: *“yo pienso que en alguna enfermedad a lo mejor sí (...) es donde se va a sentir uno ya viejito”*.

Convergen los testimonios de Arcelia (75), para quien su indicador de bienestar era que el médico le indicó que *“estaba bien a pesar de su edad”* (tenía diabetes, hipertensión, osteoporosis y “circulación mala”) y la negación de Nadia (80), quien me dijo *“yo aquí soy la más viejita de todos”* (aunque no lo era, pues Olga tenía esa distinción con 91 años) *“y la enfermedad es una cosa y la edad es otra”*, mostrando un rechazo tanto a la edad como a la enfermedad (inclusive cuando tenía diabetes e hipertensión). Cabe aclarar que se configuró un tema específico (tema 8) para la debilidad y movimiento.

Subtipo 7.1 No quiero que cuiden de mí

Un componente fundamental de la vinculación entre enfermedad y vejez era el paso hacia la dependencia, pero además la incertidumbre de tener de quién depender, la mayoría de las veces por un sentimiento de no tener un lugar o incomodar a los hijos. Úrsula (61 años) expresó: *“yo tengo tres hijos y una hija y ‘ojalá que nunca tenga que depender de ustedes’*.

Me daría mucha tristeza no poder hacerme ya por mí misma"; Tatiana (61) dijo que no quería *“dar latas a nadie”* y Minerva (74):

Me dio miedo, me puse a pensar quién se iba a hacer cargo de mí si ya no me iba yo a poder mover porque mis hijas todas son casadas, todas tienen sus compromisos y entonces... ahora sí te voy a decir como dice el dicho: el arrimado y el muerto a los tres días apestan.

En este subtipo no son la enfermedad y discapacidad problemas por el dolor, la incomodidad o el sufrimiento corporal, sino por el lugar que ocupan para los otros miembros de su familia, quienes suponen tendrían que cuidarlas. Blanca (84) expresó que solamente le daba miedo enfermarse *“si tengo una enfermedad que me tienen que estar curando”*. Inclusive Romina (73), dijo: *“cuando ya no pueda valerme por mí no quiero que se hagan cargo”*, y para ello había ya elegido un asilo *“muy limpio, muy bonito”* al que quería ingresar.

El testimonio de Xóchitl (79) también contribuyó con este subtipo (*“que vaya yo a quedar inválida sí me preocupa. Y yo quisiera estar trabajando para yo sostenerme yo misma”*) aunque recordemos que no tenía pareja ni hijos, y sus cuñadas, *dijo*, no serían personas en quienes pudiera encontrar cuidado.

Subtipo 7.2: Nada te salva de la enfermedad y la vejez

Este subtipo es similar al 4.2 en los hombres, donde la ecuación entre enfermedad y vejez implicaba un destino inevitable. La característica distintiva es que para las mujeres esto representaba un gran componente democratizador de una experiencia social asimétrica: la enfermedad, la vejez y la muerte para todos significaba que al final todos somos iguales, sin importar el prestigio, la autoridad, la clase social o el sexo, como se muestra. Zayra (70 años), quien no tenía las condiciones de seguridad económica, expresó: *“para mí, es lo mismo, tengan dinero o no tengan... los doctores se enferman, los padres se enferman, los sacerdotes*

se mueren. Es lo mismo, la enfermedad llega pareja". En ese testimonio los médicos y sacerdotes representan las figuras masculinas de autoridad que, al no estar exentos de la enfermedad, se neutraliza la desigualdad de una sociedad estratificada.

Lo mismo ocurre a propósito de la clase social (*"tengan o no tengan dinero"*), elemento también presente en los testimonios de Lorena (78), a quien cuestioné, en medio de una conversación sobre "señoras ricas", sobre si ellas envejecían diferente: contestó: *"yo las veo igual. De todos modos (...) mujeres ricas o pobres... se arrugan de la cara. Aunque se la estiren muchas veces siguen igual. Si no se les ve en la cara se les ve acá en el pescuezo"*. Recordemos la posición social de Lorena: había trabajado en su vida productiva haciendo comida y limpiando casas, por lo que no tenía beneficios del retiro, sino que recibía dinero solamente de sus hijos y de su esposo. El tema del dinero también estuvo presente en Minerva (74), quien había sido ama de casa:

Para mí el dinero es lo mismo: pobres que ricos, todos tenemos enfermedades a veces, como dice uno, más pesadas... con la diferencia que dicen: como tengo dinero puedo hacerme esto, pero... no, para mí es lo mismo. (...) todos somos iguales. No le hace que seamos pobres y ricos todos vamos al mismo lugar.

Los testimonios de Lorena y Minerva reflejan que los intentos por sobreponerse a la enfermedad y el envejecimiento (*"aunque se estiren la cara"*) no pueden detener el deterioro corporal. Una experiencia paralela fue la de Wendy: durante toda la entrevista su gran sombra había sido que le había "tocado mal marido", y hablando de su hermana dijo:

Hay unos que tienen más dinero y, mire, como mi hermana, está más joven, tiene 62 años y a ella le tocó muy buen marido. Y tiene diabetes. Si a mí el hombre me dio una vida de sustos... de amenazarme con cuchillo, con machete. Y mire, dios me cuidó de un diabetes y mi hermana que su señor es buena gente y no le falta nada de comer, y yo que semanas enteras me pasaba sin qué comer.

Allí la fortuna de tener buen marido se equiparaba a la fortuna de tener dinero, donde se estaba a la expectativa de fuerzas más allá de la naturaleza y la intención, como el destino y dios. Lo mismo dijo Lorena:

Cada quién tiene su enfermedad que dios le va a mandar. Yo digo porque, pues, apoco... yo, mis hijos, yo los tuve todos antes de que yo estuviera diabética. Por eso yo digo... "ay que por la misma edad"... no es cierto, cada quién tiene misma su enfermedad.

Para Lorena era tan significativo que las enfermedades venían predestinadas que contó con orgullo una anécdota de un trabajo como empleada doméstica, donde a toda la familia le “pegó hepatitis” y ella se negó a apartar sus utensilios de comida: *“dije: ‘yo no voy a apartar nada, aquí vamos a comer todos igual’. Ahí está y no me hizo nada, a mí nunca me pegó”*. Y Graciela (61):

Yo pienso que todos vamos a envejecer y dios nos da nuestro tiempo (...) porque si me pongo a preocuparme la que me voy a enfermar soy yo y pues la verdad que solo dios sabe, pienso yo. Él sabe hasta cuándo le vamos a entregar, entonces hay que vivir la vida.

También contribuyeron Querubina (64), quien habló de una fragilidad inherente y universal (*“yo pienso que una enfermedad va a llegar a uno aún con la actividad, aun cuidándose (...) es algo que tiene que... o sea, es que nosotros somos frágiles”*) y Elba (67), quien se lo explicaba a través de la genética: *“tenemos todas las enfermedades del mundo, todas, nosotros como humanos. A algunos se nos desarrolla y a algunos no. Algunos dicen que son hereditarios, que son de familia”*.

Este subtipo contrasta con el siguiente, implicando la misma contradicción aparente que estaba en los hombres en los subtipos 4.1 y 4.2 (el destino y la intención), sin embargo, una proporción más grande de mujeres expresó orientación hacia el destino (lo que refleja que aquí aparezca primero este tema, al revés de los hombres), posiblemente dando cuenta de esa segunda característica de la estratificación social acumulada, el sexo.

Subtipo 7.3: La enfermedad se puede superar con la intención

Los testimonios contradictorios se presentaron inclusive en los testimonios de una misma persona. Por ejemplo, Elba (67):

Todo es cuestión de que uno mismo moral y espiritualmente se cuide. Que las enfermedades, volvemos a lo mismo... las tenemos todos. Nos puede llegar en cualquier momento, pero depende de cómo se cuide uno. Lo que te comentaba yo antes: no le doy mucha importancia a las enfermedades. La verdad no le doy mucha importancia.

Un aspecto interesante de ese testimonio es que también alude a la espiritualidad y, aunque lucha por tener incidencia en la salud (*cuidándose*), se sobrepone el factor que le excede, pasando rápidamente a negar la enfermedad (“*no le doy mucha importancia*”).

El aspecto del cuidado también está en Hilda (73), quien reivindicaba la vejez a través de la intención de “*no sentirnos viejos*” (sic) utilizando en dos ocasiones la frase sobre los cerros que “*son viejos, pero reverdecen, y el mar, mira nada más qué oleadas da*”, y en el de Francisca (78), quien se cuidaba “*intentando comer sano*”, pues “*uno se busca la enfermedad comiendo harina, mucho pan*”.

Cabe decir que Francisca tenía escepticismo de todo lo que tuviera que ver con el destino. Ella tenía glaucoma, pero dudaba del diagnóstico precisamente porque le habían dicho que era “de nacimiento” y ella nunca había “sentido nada”: “*me encontraron que tengo glaucoma en los dos [ojos]. Dicen que es de nacimiento, pero yo nunca había sentido nada hasta que yo no veía bien y le dije a la doctora*”.

La intención mediada por la alimentación también estuvo en los testimonios de Karen (en particular comer carne) y Blanca (“*yo digo que por la alimentación y porque no hay herencia de nosotros de diabetes*”). También tuvo presencia Querubina, quien a través de la intención pretendía reemplazar el destino anteriormente expresado: “*por la edad nuestro*

organismo no es el mismo que antes, pero si nos cuidamos... yo creo que sí podemos superar y no estar mal, al grado de estar tomando mucho medicamento o estar internándose”.

Estuvo también el testimonio de Irene (73), quien tenía un predicamento sobre enfermedades y medicamento, recurriendo a su intención (mente) para sobreponerse:

Estoy en tratamiento... ¿qué fue? colon irritable con una colitis nerviosa. Emociones. Fui con el psicólogo. Pero todas las medicinas yo no puedo ingerir medicamentos porque me matan el estómago. Entonces tengo que controlarme yo sola, con la cabeza. Y tengo que estar tomando tecitos, para controlarme porque los medicamentos me matan... el estómago. A tal grado que me sangra el recto, me sangra el estómago. Entonces me tengo que cuidar todo.

Subtipo 7.4 Causas interpersonales de la enfermedad

Este subtipo recupera las atribuciones de causas de enfermedad al trabajo, con algunas referencias a la temperatura. Graciela (61) expresó que su trabajo en el rancho y *“la frialdad que agarró”* la habían *“predispuesto”* a la enfermedad. Lo mismo Xóchitl (79), para quien *“el calor de la máquina”* [de coser] le había lastimado las manos, por lo que se le habían *“salido todos los huesos por dondequiera”*.

Otras vinculaciones entre trabajo y enfermedad estuvieron mediadas por los significados atribuidos a vínculos interpersonales y explícitamente por los esfuerzos de *“sacar adelante”* a los hijos, resaltando la maternidad como importante factor de la identidad de las mujeres. Este fue el caso de Wendy (70 años):

Ahora ya me pegó artritis porque yo molía mucho queso, hacía gelatinas, hacía hielitos, doraba mucho duro... pa' vender, sacarlos adelante (...) sacar la familia adelante (...) me puse a trabajar día y noche. Más de 20 años ordené vacas.

Se puede notar que para Wendy era tan natural la asociación de la enfermedad con *sacar adelante a los hijos* que le sorprendía que Xóchitl también *“padeciera de los huesos”* pues ella no había tenido ninguno.

El factor interpersonal estuvo presente en la atribución de las causas de la enfermedad.

Elba (67) expresó una hipótesis sobre la causa de un cáncer que ya estaba en remisión:

Tomaba muy a pecho los problemas familiares (...), pienso que fue eso, no precisamente quiero decir que fue eso, pero sí era yo muy... tomaba yo las cosas muy a pecho a pesar de que no eran mis problemas. Tomaba yo los de mis hijos o de mis hermanos o de mi mismo marido. Creo que pudo haber tenido una relación, no sé si haya sido.

Ese tema interpersonal tuvo la mayoría de las veces la forma de aspectos emocionales adversos y el disgusto, muchas veces hacia el marido. Arcelia (75) explicaba su colitis por el enojo que sentía, y Wendy tenía gastritis a partir del maltrato (*“gastritis, yo tengo la razón de que pasé todo eso por el maltrato que me dio el hombre”*), lo mismo que Zayra (70), quien reiteraba el resentimiento que tenía hacia el esposo, a lo que le atribuía sus enfermedades:

Soy diabética. Dicen que no pero a lo mejor sí es cierto porque ese señor me buscaba y me balaceaba (...) me tiraba balazos. Me buscaba en la casa y yo toda nerviosa, toda histérica pues... de allí me vino el diabetes. (...) y soy hipertensa. Tengo osteoporosis.

De manera cercana, Julia (80 años) atribuía también los malestares a los disgustos (utilizando esa palabra), y como había padecido de enfermedades cardíacas ahora no se permitía tener emociones fuertes:

Yo no puedo tener ni gusto ni disgusto ni alegría ni tristeza. Es lo único que no puedo tener porque me enfermo. Y entonces sencillamente no puedo hacer yo eso. Ni tener un gusto muy grande, ni un susto, ni una alegría, nada. Que debo de ir así: tranquila.

Para Julia los problemas ahora debían enfrentarse de nuevas maneras porque el corazón “se le aceleraría o dormiría”, resaltando también una manera de sobreponerse a la enfermedad mediante la intención.

Tabla 11. Resumen de Tema 7: La vejez es la enfermedad o disfunción (en términos no limitados al movimiento)

Fuente: Elaboración propia

Tema : La vejez es la enfermedad o disfunción (en términos no limitados al movimiento)		
Participantes que contribuyeron con el tema: 19 de 26 (Arcelia, Blanca, Elba, Francisca, Graciela, Hilda, Irene, Julia, Karen, Lorena, Minerva, Querubina, Romina, Tatiana, Úrsula, Wendy, Xóchitl, Yolanda, Zayra)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 7.1 No quiero que cuiden de mí Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Minerva, Romina, Tatiana, Úrsula, Xóchitl	“Ojalá que nunca tenga que depender [de mis hijas]. Me daría mucha tristeza no poder hacerme ya por mí misma” (Úrsula).	Este subtipo refleja un rechazo hacia la enfermedad fundamentado en ningún sentido por aspectos corporales sino sociales y el paso hacia la dependencia.
Subtipo 7.2 Nada te salva de la enfermedad y la vejez Participantes que contribuyeron al subtipo: Elba, Graciela, Lorena, Minerva, Querubina, Wendy, Zayra	“Los doctores se enferman, los padres se enferman, los sacerdotes se mueren. Es lo mismo, la enfermedad llega pareja” (Zayra).	Aunque este contenido también estuvo presente en la submuestra de hombres, además de que en proporción más mujeres lo expresaron, la característica distintiva implicó un aspecto democratizador frente a las experiencias de una sociedad estratificada por el sexo y la clase social.
Subtipo 7.3: La enfermedad se puede superar con la intención Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Elba, Francisca, Hilda, Irene, Karen, Querubina	“Todo es cuestión de que uno mismo moral y espiritualmente se cuide. Que las enfermedades (...) nos puede llegar en cualquier momento, pero depende de cómo se cuide uno” (Elba).	El subtipo expresa un refugio ambivalente encarnado en la intención y la mente frente al deterioro inevitable del cuerpo que fue expresado en el subtipo anterior.
Subtipo 7.4: Causas interpersonales de la enfermedad Participantes que contribuyeron al subtipo: Arcelia, Elba, Graciela, Julia, Wendy, Xóchitl, Zayra	“Me pegó artritis porque yo molía mucho queso, hacía gelatinas, hacía hielitos, doraba mucho duro... pa' vender, sacarlos adelante (...) sacar la familia adelante (...) me puse a trabajar día y noche. Más de 20 años ordené vacas” (Wendy).	Las enfermedades tuvieron atribuciones principalmente interpersonales y emocionales (en su mayoría por agravios hacia el marido) y vinculando el sentido del trabajo con “sacar adelante a los hijos”.

Tema 8: La vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento

Aunque la debilidad y el movimiento se cruzan con las experiencias de la enfermedad, las mujeres se expresaron de maneras específicas sobre el movimiento, configurando este tema independiente y los seis subtipos de sentido aquí aglutinados.

En términos amplios, se encontró una ambigüedad entre vejez y discapacidad como constructos diferentes, pero ambos delimitando una fenomenología relacionada con la incapacidad de *hacer* cosas. Destaca que en muchas ocasiones ellas se percibieron con menos movilidad, *pero no como viejitas*, inclusive inmediatamente después de definir la vejez como la falta de movilidad, lo que se interpretó como un horizonte de discapacidad y vejez que se encuentra siempre lejano para mucha gente adulta utilizando también la mente como el refugio de la reducción de la movilidad y el deterioro corporal.

Muchos de los testimonios aquí recuperados fueron expresados como respuesta a preguntas sobre qué marcaba el paso a la vejez, esperando encontrar experiencias vinculadas con los roles laborales o familiares. Pero, por decir un ejemplo, la experiencia de convertirse en abuelas no apareció en los testimonios *porque ser abuela ocurría en edades más tempranas que no significaban en ningún sentido la vejez*, la mediana edad. Lo que permitía interpretar la vejez en términos universales (y *democráticos*, como en el subtipo 7.2).

Para comprender este tema también cabe anunciar que había una importante diferencia entre *actividad* y *movimiento*, donde el movimiento simplemente se refería a la utilización del cuerpo, pero la actividad a las intenciones corporales (*embodiment*).

Subtipo 8.1: La discapacidad física, el cansancio

Este subtipo muestra una experiencia de la edad con menos movimiento y menos intención corporal. Tres síntomas corporales se recuperan en el subtipo: la discapacidad

física, el cansancio y el dolor, los cuales fueron expresados tanto en personas que tenían impedimentos para moverse como en aquellas en quienes significaba un miedo distante.

En el primer subgrupo se encuentra Karen (69 años), quien se identificaba como “viejita” desde que sus rodillas *“ya no me funcionaban. Yo ya andaba con bastón (...) pues yo ya me sentía yo muy de a tiro muy acabada. No podía caminar, no me dejan ni atravesar los bulevares”*. La debilidad también estuvo presente en la experiencia de Xóchitl (79), quien explicaba una caída que la había discapacitado como una consecuencia de *“tener los huesos débiles”*, y Wendy (70), quien dijo que ser viejita significa *“no poder hacer nada”*, rechazando la identidad de viejita mientras pudiera caminar *“no como caminan las viejitas”*.

Francisca (78) se refirió a sí misma como *“discapacitada”* y cuando la interpele al respecto contestó que se refería a que *“nos movemos más lento (...) mire, ellos usan bastón y ahí venimos. Yo uso bastón porque batallo para caminar y mejor me apoyo en algo”*. Le pregunté que si eso significaba algo relacionado con la edad y contestó con tono de obviedad: *“sí, mire, no puedo levantar mucho este brazo (...) hace rato primero me dolía, pero ya no me duele. A veces me duele, a veces no”*.

Cuando Francisca utilizó el término “hace rato que (...)” me dio la impresión de que se refería menos a una longitud del tiempo y más a un evento esperado. Blanca (84) también utilizó la palabra “discapacitada” para referirse a sí misma: *“yo no me siento vieja, yo me siento discapacitada, por lo del ojo, por lo de la cara, pero no me siento vieja”* (Blanca padecía de un dolor insoportable para ella en la cara derivado de un tipo de herpes) y, de manera similar a Francisca, cuando le pregunté sobre la diferencia entre vejez y discapacidad evadió el cuestionamiento describiendo por qué se consideraba dis-capaz: *“pues yo no puedo hacer muchas cosas, me tienen que ayudar a subirme al coche y yo quisiera hacer cosas”*.

Minerva (74) proporcionó varios testimonios que suman a este subtipo, incluyendo esa dicotomía entre la discapacidad y la vejez: *“todavía no me siento así como de la tercera*

edad porque todavía me puedo mover, todavía puedo hacer cosas. No cosas muy pesadas, pero sí cosas que pueda yo hacer”, donde las actividades implicaban una reestructuración de las expectativas propias sobre el movimiento. Para Minerva la juventud tenía que ver con la fuerza física: *“cuando uno está joven tiene toda la fuerza (...) ya entrando en edad el mismo cuerpo te va marcando tu edad. (...) Me empieza a doler mi cuerpo, ya me siento cansada, hay ratos que me siento desanimada”*.

Esa misma experiencia fue expresada por Zayra (70) (*“todavía el año me sentía con más fuerza. Ahorita me duelen todos los huesos (...) sentirse joven es tener fuerza de hacer y deshacer”*), y Graciela (61) (*“queremos brincar y saltar, pues ya no vamos a poder (...) el cuerpo se nos oxida, les digo yo. [Me sentiré vieja] cuando ya no pueda (...) caminar, (...) que dices: “si no me llevan o no me sacan ¿a dónde voy?””*).

Podemos apreciar de nuevo la sombra de la dependencia. Por ejemplo en Tatiana (61) (*“¿qué va a ser de mí en un futuro? quién sabe. Ni quiero pensar. No me voy a perder la vida nomás de pensar qué voy a hacer cuando ya no pueda. (...) Yo pienso que la tercera edad es cuando ya no me pueda mover”*). Recordemos que Tatiana estaba en una silla de ruedas con severos problemas de salud debido a insuficiencia renal.

Úrsula (61), Piedad (62), Romina (73) y Olga (91) se refirieron a la vejez como la incapacidad de hacer actividades específicas (agacharse, hacer abdominales, acostarse en el suelo, levantar a las nietas).

Lo que es interesante de la vinculación entre vejez, discapacidad y dolor, es que libera el criterio cronológico de la experiencia. Eso estuvo de manera explícita también en las palabras de Minerva: *“hay unos que sí también se apagan así en un 100% y a veces hasta ni llegar a la edad de la tercera edad sino... a veces más jóvenes y ya se sienten viejitos que porque ya no pueden”*.

Como una expectativa también fue expresada por Arcelia (75):

Yo no puedo tener las condiciones de hace 20 años atrás. Cada vez va a ser menos, menos, menos. Un día no me voy a poder a subir ahí, no me voy a poder sentar ahí. Pero yo todavía me siento capaz de hacer ejercicio bien. Pero va a llegar el día en que yo no pueda no asomarme ni a la puerta. Es una secuencia de vida.

Esa desvinculación sorprendió a Sara (70), quien asumía que entraría a la tercera edad sin poder caminar o “valerse por sí misma”, y que pudiera hacerlo ponía en duda de si estaba o no en la vejez. Ese testimonio es un claro ejemplo del gran hallazgo de esta investigación: que las categorías y expectativas sociales de la edad han caducado para contener la experiencia de envejecer (y no solo en términos de la apariencia, como en el concepto de “máscara del envejecimiento”). El bello testimonio de Julia (80) expresa esa experiencia:

Sentirse viejita es el cansancio. Pero n'ombre, yo me siento joven (...) sí, yo... mi corazón no está viejito. (...) Yo creo que el día que ya no pueda caminar me voy a sentir anciana. (...) Espero que nuestro señor me ayude y muera caminando y no sentir vejez. Porque no me gusta sentirla. No me siento... no lo... cómo te dijera yo... "ya estoy viejita". Sé que estoy, no viejita, ancianita. Porque una señora de 80 años ya no es una señora que pueda moverse muy bien. Si de 60 o de 70 ya no puede. Entonces yo veo y siento que no.... estaré ancianita pero no me siento ancianita. Y ahorita yo siento el vigor como de unos... así, el gusto, como si tuviera 9 años, el mismo gusto. Ya de tocante a mis movimientos, lo que no me está gustando es que hago algo y me canso.

Cabe anunciar que esa particularidad de sentirse joven por el gusto se repitió en varias ocasiones, lo que configuró un tema completo (tema 9).

Subtipo 8.2: Un accidente me empujó a la vejez

Este pequeño subtipo se refiere a tres testimonios en los que un accidente (como un tipo específico de circunstancia externa) fue el precipitador definitivo del ingreso a la vejez:

Francisca relató un accidente a partir del cual “*ya después ya que me quebré... se acabó todo*”. Cuando le pregunté que a qué se refería simplemente contestó: “*pues todo mi movimiento. Ahorita ya nomás puedo estar sentada, acostada*”. Es importante contextualizar

que este testimonio fue dado en el marco de una conversación sobre qué se sentía “*ser viejita*”. Y Tatiana, quien oscilaba entre identificarse y no identificarse como una persona vieja se refería, en el primer caso, a todas las dificultades físicas que tenía para bañarse. Por su parte, Xóchitl tenía una experiencia doble del ingreso a la vejez: cuando ya no pudo seguir trabajando, pero precisamente porque había tenido un accidente:

Dejé de trabajar hace 4 años por el accidente. Me fracturé los tobillos. Entonces no podía caminar. (...) Nomás porque me fracturé los tobillos, si no yo trabajaba. Subía 3 pisos de escaleras... corriendo. Y a muchas compañeras de trabajo les daba mucho coraje.

La relevancia de este subtipo se refiere también a la desvinculación necesaria entre la cronología y la vejez.

Subtipo 8.3: Como puedo bailar sé que no estoy viejita

Este subtipo expresa que la movilidad corporal representaba para ellas que aún no estaban en la etapa de la vejez. Lo que es fundamentalmente llamativo es que se expresaba en la conducta de baile (expresando también alegría), lo que fue interpretado como una manera estereotipada de expresar feminidad.

Contribuyeron con el subtipo Julia (80 años) (“*mira: todavía en la actualidad me gusta cantar, me gusta bailar, me gusta salir, me gusta todo. Todo me gusta y me siento feliz. Por eso te digo que mi corazón no tuvo tiempo para envejecer*”), Xóchitl (79) (“*a veces sí me siento triste y lloro. Pero no. Yo bailo, canto, grito, tengo perros, me peleo con ellos, los regaño, jugamos, bailamos (...) nomás ya no puedo bailar el jarabe tapatío (...) pero así cosas que no tenga que levantar mucho el pie*”).

También Yolanda (70) (“*fjese que no [me siento vieja] [ríe] (...) si viera en la casa (...) andando bien yo prendo el estéreo (...) y ando trapeando ahí en la casa y a veces me*

agarro bailando”) y Francisca (78) (“*cuando puedo, en mi casa, si me gusta la música, me pongo y bailo. O de la tele si está bonita la música, yo bailo*”, quien también dijo que en un reciente acto festivo en el centro comunitario “*me puse a bailar, ya me animé a bailar. Al principio no (...) [pero] se me fue olvidando, yo creo, el bastón y ya me puse a bailar*”).

Para Romina (73) un indicador que la diferenciaba de “los viejitos” era que podía cantar, bailar. Y aunque Zayra (70) y Blanca (84) no podían bailar ya, expresaban que en “la juventud” habían podido “*bailar, barrer... me gustaba tirar agua, hacer muchas cosas, ahorita ya no puedo*” (Zayra) y que simplemente “*me gustaría bailar, pero no puedo por el dolor de mi cara*” (Blanca).

Cabe la sospecha de que ese dolor fuera parte de un discurso encubridor (Blanca necesitaba ayuda para bajar y subir del automóvil en el que llegaba, caminar hacia la zona de actividades, y moverse, en términos amplios). Es decir, tenía dificultades para moverse (y por consecuencia las tendría para bailar) pero depositaba la causa de su inactividad en el dolor que tenía en el ojo.

Subtipo 8.4 El movimiento es un antídoto para la enfermedad y la vejez

Este subtipo agrupa una testimonios que retratan el movimiento como una posibilidad de detener o evadir la enfermedad y la vejez, reiterando la importancia de la corporalidad en la experiencia de la vejez. Es una manera concreta de la intencionalidad expresada en el subtipo 7.4 excepto que aquí es indicada específicamente en términos corporales. En la expresión más simple y clara, Irene dijo: “*lo que te hace joven es siempre estar activo. A darle, a darle, y siempre adelante. Y siempre adelante sin temor, ni cobardía y, ni modo*”.

Arcelia proporcionó dos testimonios que abonan a este subtipo: en el primero de ellos se refiere al movimiento como un antídoto de la vejez, pero mediado por el bienestar emocional (“*a cierta edad necesita ciertos ejercicios porque la depresión lo acaba a uno y*

hay gente que muere de depresión. Y se hace inútil en la casa y hay que estar siempre activo, activo, activo”) y, en segundo lugar, se expresó a favor del movimiento a pesar del dolor (*“que me duela la pierna, que me duela el brazo. Si lo hice bien me va a doler y me va a estar haciendo provecho porque nada más estar haciéndolo tonto pues ¿qué caso tiene?”*).

Cabe notar que el segundo testimonio de Arcelia tiene la misma estructura que los expresados por los hombres en el subtipo 3.1 (*“hay dolor bueno que significa que todo está bien”*). Y en el mismo sentido se expresaron Blanca (quien expresó disfrutar el ejercicio a pesar del dolor en su cara porque así se sentía más joven) Querubina y Graciela, quienes habían encontrado en el ejercicio del centro comunitario una de las principales razones para acudir. También Karen, quien a pesar del dolor en los hombros disfrutaba el ejercicio (*“pues sí duele, pero yo creo que a la larga ayuda”*) y Elba, quien se esforzaba por hacer ejercicio para *“seguir siempre así, luchando y disfrutar”*.

Subtipo 8.5: En la mente soy una persona activa, joven

Este subtipo se refiere a que la mente como un refugio frente al envejecimiento corporal también estaba presente en los testimonios de las mujeres. Lo que suma un argumento sobre la desvinculación cronológica de la vejez.

Blanca, quien hemos dicho que tenía severas dificultades para moverse, expresó: *“ay no, yo tanto que trabajé, las energías las tengo en la mente... y en las manos”*. El discurso de Blanca era ambivalente y paradójico: a pesar de su edad (84 años) no se sentía *vieja* en el sentido negativo (a pesar de que no podía moverse y que identificaba la discapacidad como el indicador fundamental de la vejez). Cuando tuvo que contrastar esa contradicción se refugió en la mente y las manos como elementos de la actividad. También dijo: *“yo me siento joven y tengo 83 años, pero me siento como de 60”*. La confronté con que ella tenía hijos ya con 60 años y me contestó: *“sí, pero mi cerebro, mi mente está de joven. No me siento vieja”*.

Es evidente que la referencia al cerebro (en comparación con el otro término empleado por ella, “la mente”) es *más medicalizado*, sugiriendo una experiencia mediada por el conocimiento médico (también importa anunciar que en el subtipo 11.1 se recuperan testimonios de ella de conocimiento altamente específico sobre sus propios padecimientos). En contraste, Julia, quien también estaba en su novena década de vida, había tenido menos referentes culturales en la educación formal y no se refirió a su cerebro sino a su corazón (“*mi corazón no tuvo tiempo de envejecer*”).

Sin duda la recurrencia a la mente fue común, presente en Querubina (aunque su referente de la edad en la mente fue más patológico, refiriéndose al Alzheimer como la pérdida de la autonomía), Xóchitl (quien se definió como una persona activa, aunque no podía caminar bien por su accidente), Irene (quien se sentía “capaz” y “segura de sí misma para arreglar cualquier situación” que requiriera de su mente) y el Tatiana:

La edad está en la mente (...) yo que tengo 61 no me siento de esa edad. He tenido muchas complicaciones por mi diabetes, sí. Pero no por eso yo me sienta ya muy vieja, muy acabada, no. Es depende de la actitud que tomemos cada uno (...) yo pienso que es en la mente.

Subtipo 8.6: Me da miedo caerme, lastimarme

Este subtipo contempla un miedo que ensombrecía algunas experiencias, alrededor del tema de caerse. Lo que contemplaba un riesgo de la pérdida del movimiento. Apareció muchas veces: en Carlota (ya no podía subirse a una escalera para lavar paredes: “*ya no me subo porque me da miedo caerme*”), Querubina (le daba miedo lastimarse la columna y “*que después me vaya a quebrar y ya no quede bien*”), Lorena (no se paraba sola de la cama “*por el miedo que tengo de caerme*”, y también le daba miedo caminar sin su andador “*me da miedo que me vaya a caer yo y me vaya a volver a fregar y entonces menos voy a caminar*”) y Arcelia (“*cuidado con una caída porque quebrarte... te enyesan y ya no puedes*”).

También contribuyeron Zayra y Karen, aunque el miedo era más de sus hijas que propios, y con frecuencia alimentado por una prescripción médica:

El miedo que tienen es que me vaya a caer. Desde que me detectaron la osteoporosis. Como iba una de [mis hijas], les dijo [el médico] que tuvieran mucho cuidado conmigo porque una caída podía ser peligrosa porque ya mis huesitos están porosos. Y, pues sí, está muy avanzada mi osteoporosis (...) siempre me andan cuidando que no me vaya caer, no me dejan usar zapato ya más alto (Zayra).

Mis hijos me dicen que ya me puedo caer porque ya la vez anterior me caí y se me zafó este brazo. Entonces tuvieron que volvérmelo a acomodar, entonces dicen: “usted ya no puede salir sola a la calle. Atravesar bulevares no” (Karen).

Esos últimos dos testimonios resaltan especialmente las experiencias del subtipo 7.1 (“no quiero que cuiden de mí”) donde el conflicto se desarrollaba alrededor de la dependencia y subordinación de las intenciones en relaciones de cuidado.

Tabla 12. Resumen de Tema 8: La vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento

Fuente: Elaboración propia

Tema 8: La vejez es la debilidad y la dificultad en el movimiento		
Participantes que contribuyeron con el tema: 22 de 26 (Arcelia, Blanca, Carlota, Elba, Francisca, Graciela, Irene, Julia, Karen, Lorena, Minerva, Olga, Piedad, Querubina, Romina, Sara, Tatiana, Úrsula, Wendy, Xóchitl, Yolanda, Zayra)		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 8.1 La discapacidad física, el cansancio Participantes que contribuyeron al subtipo: Arcelia, Blanca, Francisca, Graciela, Julia, Karen, Minerva, Olga, Piedad, Sara, Tatiana, Úrsula, Wendy, Xóchitl, Zayra	“Sentirse viejita es el cansancio. Pero n'ombre, yo me siento joven (...)mi corazón no está viejito. (...) Yo creo que el día que ya no pueda caminar me voy a sentir anciana. (...) Espero que (...) muera caminando y no sentir vejez. (...) Porque una señora de 80 años ya no es una señora que pueda moverse muy bien. (...) Y ahorita yo siento el vigor (...) como si tuviera 9 años, el mismo gusto” (Julia).	Recupera los testimonios que se refieren a la vejez como la discapacidad, el dolor y el cansancio, tanto en mujeres que presentaron algún tipo de discapacidad como aquellas que la esperaban como una parte natural de la vejez. No obstante, el criterio cronológico estuvo ajeno a la ecuación, por lo que las expresiones con frecuencia llevaban un grado de contradicción que resguardaba la propia identidad.

<p>Subtipo 8.2 Un accidente me empujó a la vejez</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Francisca, Tatiana, Xóchitl</p>	<p>“Dejé de trabajar hace 4 años por el accidente. Me fracturé los tobillos. Entonces no podía caminar” (Xóchitl).</p>	<p>Este subtipo proporciona un argumento sobre la desvinculación necesaria entre cronología y vejez, aunque a partir de la experiencia de un accidente como precipitador externo de la discapacidad y la vejez.</p>
<p>Subtipo 8.3 Como puedo bailar sé que no estoy viejita</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Francisca, Julia, Romina, Xóchitl, Yolanda, Zayra</p>	<p>“Todavía en la actualidad me gusta cantar, me gusta bailar, me gusta salir, me gusta todo. Todo me gusta y me siento feliz. Por eso te digo que mi corazón no tuvo tiempo para envejecer” (Julia).</p>	<p>Este subtipo recupera un tipo específico de movimiento que implicaba una distancia de la vejez: el baile (lo que también se interpretó como una manera estereotípica de expresar feminidad).</p>
<p>Subtipo 8.4 El movimiento es un antídoto para la enfermedad y la vejez</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Arcelia, Blanca, Elba, Graciela, Irene, Karen, Querubina</p>	<p>“Lo que te hace joven es siempre estar activo. A darle, a darle, y siempre adelante. Y siempre adelante sin temor, ni cobardía y, ni modo” (Irene).</p>	<p>Este subtipo es una expresión de la posibilidad de detener o evadir el envejecimiento y la enfermedad a partir de la intención, y específicamente en los términos del movimiento.</p>
<p>Subtipo 8.5 En la mente soy una persona activa, joven</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Julia, Irene, Querubina, Tatiana, Xóchitl</p>	<p>“Yo tanto que trabajé, las energías las tengo en la mente... y en las manos (...). Tengo 83 años, pero me siento como de 60 (...) mi cerebro, mi mente está de joven” (Blanca).</p>	<p>Especialmente en las participantes que tenían mayores dificultades corporales y de movimiento se expresó este subtipo que se refiere a una distancia con la vejez fundamentada en las capacidades mentales.</p>
<p>Subtipo 8.6 Me da miedo caerme, lastimarme</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Arcelia, Carlota, Karen, Lorena, Querubina, Zayra</p>	<p>“Me da miedo que me vaya a caer yo y me vaya a volver a fregar y entonces menos voy a caminar” (Lorena).</p>	<p>El subtipo muestra recurrentes testimonios sobre el miedo a caerse como un riesgo permanente de perder el movimiento y, en algunos casos, la independencia.</p>

Tema 9: Envejecer significa perder el gusto; porque el gozo es una característica de la juventud

Este tema agrupa 3 subtipos que en términos amplios expresan el gozo y disfrute como característica esencial de la juventud. Corresponde con el tema 3 de los hombres (“porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir”) aunque presenta características que se atribuyen a la experiencia social como mujeres.

Subtipo 9.1: Significa perder el gusto y no hacer cosas que me gusta hacer

Aquí se refleja el contenido genérico del tema a propósito del gusto como una característica que protege de la experiencia de la vejez. Wendy y Minerva lo expresaron directamente: *“nomás que lo que no quiero es dejar de hacer las cosas que me gusta hacer”* (Wendy) y *“me sentiré viejita cuando ya no pueda hacer algunas cosas. A veces se siente uno triste porque dice: ‘ay, ya no puedo hacer lo que yo hacía’ como que se siente uno, precisamente, el desánimo”*.

Cabe notar que en muchas ocasiones las expresiones que aquí se recuperaron fueron comparaciones con otras personas a quienes sí consideraron viejitas. Para Julia era su esposo:

Yo tengo el mismo gusto que tenía cuando tenía ocho años, así es que para mí no ha muerto la infancia... la niñez. Ni ahorita la ancianez. (...) Yo veo a mi esposo: no tiene ganas de cambiarse, no tiene ganas de bañarse, no tiene ganas de caminar, no tiene ganas de nada. Él lo único que tiene ganas es de dormir y comer. Entonces para mí eso es la ancianez: no tener ganas de nada.

Para Elba (67) simplemente era un genérico de personas que habían perdido el gusto: *“Yo conozco mucha gente que... ‘ya estoy vieja, ya no puedo hacer nada’ o ‘ya no quiero hacer nada’ y yo no”*. Es interesante observar la forma de los testimonios, donde el paso del tiempo parece una condición al mismo tiempo inevitable pero que requiere de un esfuerzo para detenerlo, extendiendo periodos de vida anteriores hacia la edad mayor. Lo que es al

mismo tiempo una paradoja, pues hay una imposibilidad de concebir la vejez simplemente como algo positivo, experimentando esos aspectos bajo categorías distintas.

En este subtipo también hubo varias menciones hacia el gusto por comer, lo que configura esa actividad como un paradigma de lo placentero. En ese sentido se expresaron Irene (*“cuando tú no puedes comer te empieza a dar mucha tristeza. Mucha tristeza: ves pastel, no puedes comer pastel, ves un chocolate, tampoco”*) y Yolanda (*“le evitan a usted comer muchas cosas. Antes aquí me atranco, agarro probaditas. Pero allá no me dejan comer carne de ninguna... pero por la otra enfermedad, por las úlceras. Carne de ninguna... que porque el hígado. Yo digo que no tanto porque el hígado nunca me ha dolido”*).

Ese testimonio de Yolanda además introduce el concepto de dolor como indicador del funcionamiento fallido del cuerpo, es decir, en este caso el cuerpo no se experimentaba directamente sino a través de una indicación médica. A propósito de la disfunción del cuerpo y con un énfasis importante en la conducta de la alimentación también se expresó Querubina:

Nuestro organismo no es el mismo que antes entonces... y si nosotros seguimos alimentándonos de la misma forma, lógico que en el organismo va a haber repercusión. Pero si nos cuidamos, yo creo que sí podemos superar y no estar mal, al grado de estar tomando mucho medicamento o estar internándose.

Subtipo 9.2: Envejecer significa sufrir

El contenido del tema también se expresó de maneras más negativas, las que configuran este subtipo alrededor del sufrimiento. Por ejemplo, Xóchitl (79 años) expresó no sentirse vieja y ante el cuestionamiento sobre cómo se sienten las personas viejas contestó: *“Unos se sentirán muy tristes, sienten la soledad, sienten el vacío del abandono y recuerdan cómo fue su familia, cómo criaron a sus hijos o algo”*.

Es importante recuperar de allí el tema del abandono familiar como una sombra del envejecimiento, lo que podría explicarse como algo específicamente contextual

latinoamericano (en comparación con muestras europeas, por ejemplo), donde el familismo sigue siendo una característica fundamental de los vínculos sociales.

Lorena (78) también lo expresó como una experiencia distante, diciendo que una “persona viejita” sentiría frustración, coraje y enojo. Por su parte, Sara (70) dijo que el sufrimiento era una experiencia personal que derivaba directamente de la muerte de su hijo, a partir de lo cual se sintió vieja:

Me empecé a sentir vieja cuando tenía unos 50 años. Porque a esa edad murió mi hijo y empecé a sentir tristeza y no quería salir ni nada. Fue pasando el tiempo. Tiene uno que aprender a vivir con el dolor, pero en ese tiempo... pasan los años y dices: "ya estoy en otra edad, en otra etapa".

Ese testimonio ubica, de nuevo, la vejez, como una experiencia independiente de la edad y, en este caso, en una edad mucho más primaria.

Subtipo 9.3: Me quedé con ganas de sentir amor

Este subtipo agrupa tres testimonios de mujeres que de manera muy específica experimentaron la vejez como una etapa donde ya no había lugar para vínculos románticos, una experiencia que no estaba presente en los hombres. Karen (69) dijo: “*yo tengo deseos de repente de que vengan y me abracen o me besen... o me abracen y no me suelten*”.

Luego Irene (73) expresó sentir por dentro un impulso de amar:

Muchas veces, tu hormona... tu adentro... tu algo... todavía quieres amar. Y todavía estás esperando al príncipe azul, aunque el espejo te diga: "ya no lo vas a encontrar, ya no va a aparecer nunca, ya dejaste perder el tiempo".

Lo que es interesante de ese testimonio es que hay un intento de biologización de ese impulso en la palabra “hormona”, pero también una experiencia de una juventud que se llevó la posibilidad de vincularse de manera íntima.

El caso de Yolanda (70) es diferente, pues ella tenía frente a sí una oportunidad romántica, pero eran sus hijos quienes se oponían a esa relación:

Es que un hombre... una persona que me hablaba y me hablaba y yo como que... bueno, no sé ni cómo se hizo el número de teléfono de ahí de mi casa. Y entonces vio en hablarme de noche. Pues yo le contestaba, verdad, sí. Y, todo. Y hubo un momento en que no sé si el más chico, que es el que vive allí conmigo (...) yo creo diría "seguido se oye el teléfono", verdad. Y levantó la bocina de la cocina y él estaba "ay, mi amor, que ¿cuándo me haces caso?" y que quién sabe qué más. Yo como que... sí me cae, pero yo no me animo. Y luego ahí está diciéndome cosas, como buscando la forma. Y n'hombre, entró mi hijo bien enojado... duró como 2, 3 días enojado.

Una interpretación es que Yolanda había transferido la autoridad sobre sí misma a sus hijos, *con la edad*, por lo que en este caso la oportunidad estaba cooptada por la vejez, pero indirectamente, *por una vejez social*. También importa mencionar que una característica de mis encuentros con Yolanda es que percibí una solicitud de aprobación de mi parte por vincularse con ese hombre, intentando sustituir la opinión de sus dos hijos con la mía.

Tabla 13. Resumen de Tema 9: Envejecer significa perder el gusto; porque el gozo es una característica de la juventud

Fuente: Elaboración propia

Tema 9: Envejecer significa perder el gusto; porque el gozo es una característica de la juventud		
Participantes que contribuyeron con el tema: 11 de 26 (Elba, Irene, Julia, Karen, Lorena, Minerva, Querubina, Sara, Wendy, Xóchitl, Yolanda).		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
Subtipo 9.1 Significa perder el gusto y no hacer cosas que me gusta hacer Participantes que contribuyeron al subtipo: Elba, Irene, Minerva, Querubina, Wendy, Yolanda	“Yo tengo el mismo gusto que tenía cuando tenía ocho años (...). Veo a mi esposo: no tiene ganas de cambiarse, no tiene ganas de bañarse, no tiene ganas de caminar, no tiene ganas de nada. Él lo único que tiene ganas es de dormir y comer. Entonces para mí eso es la ancianez: no tener ganas de nada” (Julia).	El subtipo refleja una pérdida del gusto, ganas y propósito. En algunas ocasiones se materializó en los términos de la conducta alimenticia.
Subtipo 9.2 Envejecer significa sufrir Participantes que contribuyeron al subtipo: Lorena, Sara, Xóchitl	“Me empecé a sentir vieja cuando tenía unos 50 años. Porque a esa edad murió mi hijo y empecé a sentir tristeza y no quería salir ni nada. Fue pasando el tiempo (...) y dices: “ya estoy en otra edad, en otra etapa”” (Sara).	Recupera testimonios que vinculan la vejez al sufrimiento, principalmente por motivos interpersonales y por afectos negativos.

<p>Subtipo 9.3 Me quedé con ganas de sentir amor</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Irene, Karen, Yolanda</p>	<p>“Todavía quieres amar. Y todavía estás esperando al príncipe azul, aunque el espejo te diga: "ya no lo vas a encontrar, ya no va a aparecer nunca, ya dejaste perder el tiempo" (Irene).</p>	<p>La vejez fue percibida como un obstáculo para vincularse románticamente, fuera de manera directa (en el sentido de una biologización del amor) o indirecta (a través de la opinión de los hijos).</p>
--	---	--

Tema 10: Mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes

Este tema recupera una buena porción de las experiencias más paradigmáticas de esta investigación, alrededor de expresiones principalmente positivas de la edad, con fundamento en los proyectos biográficos sobre los que las participantes todavía tenían expectativas.

Cabe notar que el término “mi edad” sustituye en el título del tema alguna mención explícita de la vejez como categoría, puesto que la mayoría de las veces las experiencias se expresaron como un refugio de la vejez.

Este tema, en términos amplios, anuda el argumento de una experiencia de la edad independiente de la cronología. Se vincula con el subtipo 2.2 de los hombres (“ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no pude hacer antes”), aunque aquí ha tomado cinco formas específicas que configuran cada uno de los subtipos, recogiendo experiencias concretas sobre el cuerpo, la juventud y los vínculos interpersonales.

Subtipo 10.1: A pesar de que padezco del cuerpo

En este subtipo se agrupan los testimonios en los que se expresaron aspectos positivos de la edad no negando los padecimientos del cuerpo sino reconociéndolos. Por ejemplo, Sara (70) expresó que con la enfermedad habían cambiado algunos aspectos de su vida, pero finalmente los incorporaba en su experiencia como algo positivo:

Pero los hago con gusto [los ejercicios]. Yo recibo mi enfermedad; desde hace mucho que soy hipertensa pero sí me gusta mucho mi vida. Hacer ejercicio o que me ponen

alguna dieta... me limpia mi estómago. Me siento hasta mejor. Pero son muchas cosas que sí cambia uno, aunque me siento bien.

Para Elba (67) la vejez era opcional y estaba en el horizonte distante, donde la zona de amortiguación estaba configurada por una actitud positiva:

Yo me siento en plenitud. Si llegara a la vejez pues quisiera llegar, así como me siento ahorita: positiva, ver todo con positivismo y disfrutar. Si es una enfermedad... señor, no me quites el dolor, a lo mejor a través de este dolor algo voy a aprender porque es parte... algo nos hace voltear hacia otro lado y algo voy a aprender. Siento que en todo el tiempo que me deje estar en este mundo sea moviéndome.

Como podemos ver, el papel que tiene el movimiento en el testimonio de Elba también hace eco del subtipo 8.4 (“el movimiento es un antídoto para la enfermedad”), pero aquí se suma el papel del dolor como una condición presente pero no excluyente de la experiencia positiva. Eso podría estar anudado con una expectativa del declive corporal y experiencia de dolor, lo que configuraba un punto de partida común y por tanto difícil de lamentar. Esa misma línea estaba en el testimonio de Xóchitl:

Me preguntan: ¿oye, y ¿tú eres feliz?". Ay, yo no tengo por qué ser infeliz. Y eso era una fregadera cada rato. Bueno ¿por qué no puedo ser feliz? Yo pienso que es infeliz el que quiere ser porque problemas todos tenemos.

Xóchitl se refería a ambos: problemas interpersonales pero especialmente a problemas físicos, pues eran las compañeras de trabajo quienes no podían creer que fuera feliz a pesar de una discapacidad. Un segundo testimonio de Elba resalta la actitud con la que se tiene que enfrentar la edad:

Yo sé mis limitaciones, pero no por eso me achicopalo y digo... o que me ponga a llorar, no, no, no. Yo me imagino que todas hemos tomado nuestra edad con entusiasmo y hemos tenido la madurez para asimilar la nueva etapa de nuestra vida en la que estamos. Que obvio que ya no podemos hacer lo que hacíamos antes pero dentro de... seguir luchando con nuestras limitaciones y no darnos por vencidas (Elba).

En el subtipo también contribuyó Francisca, quien tenía una prótesis pero que “*a pesar de eso y todas las cosas que le pasaron*” todavía tenía planes, y en este caso concreto, de ir a un viaje a Veracruz. También se tomó en cuenta para este subtipo el testimonio de Julia que se describe en el 10.2, en el que se refiere a la enfermedad como algo que es pasajero (“*la enfermedad no la tiene uno diario, dura un tiempo y se levanta*”).

Subtipo 10.2: Porque llegué hasta aquí luego de una juventud gozosa

Una característica que proporcionaba aspectos positivos a la experiencia de la edad mayor era haber tenido una juventud placentera. Por ejemplo, Lorena expresaba sentirse *vejita*, pero como algo “*bien bonito*” porque “*no se me hizo pesado porque anduve de pata de perro... del tingo al tango. Pa' un lado y pa' otro*”, y Francisca dijo que había “*corrido*” “*pa' donde dios me dió licencia y ahorita no, pues ya no. Ahorita como quien dice ya me aplaqué. Bueno, me aplacó la quebrada*”, refiriéndose a un accidente que había tenido.

Los testimonios de Lorena y Francisca tienen en común también la referencia hacia el movimiento, una característica clave y transversal que da cuenta sobre la intención, el propósito y la dirección. En este caso, el gusto provenía de la satisfacción de haber vivido de cierta manera: *con libertad*. Para Romina eso estaba presente, pero incluía el trabajo como una característica amplia con expectativas sociales alrededor de la maternidad (“*no me siento vieja pero digo, hay que aceptar la tercera edad con dignidad. Fui muy trabajadora desde que me casé, levanté a mis hijos como pude*”).

Otros testimonios de este subtipo simplemente expresaban gusto por haber llegado a la edad mayor, a veces como una etapa diferenciada. Por ejemplo, Blanca expresó sentir la vejez como algo “*muy bonito porque eso es lo que mi papá dios me ha permitido, llegar hasta esta edad. Se siente muy bonito*”, mientras que Elba y Julia tuvieron testimonios más extensos en esa misma dirección:

Para mí la misma vida te va dando las experiencias y los cambios de vida de una u otra forma. Desde la niñez a la juventud, de la juventud a la pubertad y son etapas que va uno viviendo y cambiando y de todo: altas y bajas y aquí estamos. Y cada día cambia... para mí cada día es un nuevo reto: ya pasé el día de ayer, quedó atrás. Para mí es vivir el ahorita, el presente. Porque ni siquiera debo de pensar en el mañana porque no sé si amanezca (Elba).

Este testimonio recuerda a los del tema 3 (“porque puedo sentir placer puedo ignorar el dolor físico y el hecho de que me voy a morir”), donde también se había apuntado una posibilidad de que la experiencia positiva estaba operando como una negación de la propia mortalidad. Una diferencia es que en este caso no se trata tanto del placer corporal como del placer que proporcionan las remembranzas del pasado. Lo mismo que en el testimonio de Julia, quien expresó que la vejez se siente:

Ay, bien lindo. Porque mira, viviste la etapa de tu niñez, bien padre, porque yo, en mi persona, muy bonita, mucho muy bonita. Lo que es bonita en una forma... ninguna queja (...). Crezco igual, todo igual nada más que en diferente etapa, pero bonita. Yo no tengo tristeza de decir "me trataron mal, estuve mal". Muchas personas dicen: "yo no tenía ni para comer nada". Bendito sería dios, yo estaría mintiendo. Y ahorita, bendito sea dios, esa etapa yo la viví bonita, bonita. Por eso te digo que es una lindura caminar los años en una etapa de no privaciones, que la enfermedad... es enfermedad y no la tiene uno diario. Dura un tiempo muy enfermo, pero se levanta. Por eso te digo... yo me expreso así, de la vida muy bonita, muy padre. Ya cuando empieza uno... cuando uno no se casa empiezan los... pero no dificultades, sino la forma de la vida. La forma de vida que uno lleva cuando se empieza a ser mayor.

También se tomó en cuenta para este subtipo el testimonio de Irene (73) aunque lo dijo al revés: que ella no se podía expresar de su edad como algo “*maravilloso, divino, como la realización*” pero estaba agobiada por su propia historia de la juventud.

Subtipo 10.3: A mi edad hago cosas nuevas y soy más libre

Este subtipo recupera testimonios de personas que encontraron nuevas experiencias de libertad con la edad, lo que estaba también reflejado en algunos testimonios del subtipo

2.2 (“ser viejo es una experiencia positiva y una oportunidad para hacer lo que no pude hacer antes”). Por ejemplo, el testimonio de Wendy es llamativo en el sentido de que ella expresaba que no “tuvo juventud” y que estaba recuperando ese tiempo perdido:

Yo viví mi juventud muy trabajada, muy triste, maltratada. Y me quedé con ganas de sentirme joven. Me quedé con ganas de vivir la juventud que no la viví. Eso me viene dando ánimo (...) quiero vivir la juventud que no viví, que no pude vivir. Me quiero sentir bien (...) Yo quiero vivir la vida bien, la vida que no viví. Y ahora que me vine para acá empecé a conocer la vida.

Esos intereses por “revivir una juventud” que corresponde más con una idealización de la juventud que con una experiencia previa también lo expresó Valentina:

Me doy tiempo y espacio para disfrutar otra etapa de mi vida, como hace rato les decía. Siento que ahora soy una niña: río, dibujo, platico, tengo mis amistades, me salgo con ellas algunas veces a platicar, nos vemos en algún lado. Ahora siento que vivo más. No siento la edad, me siento más joven que cuando estaba joven porque ahora sí aprecio todo y antes estaba amargada.

Minerva proporcionó varios testimonios sobre cosas nuevas que no había podido hacer antes y ahora le daban gusto, entre ellas *escribir*, lo que no había podido a lo largo de su juventud y que ahora el tiempo relativamente libre que tenía o se tomaba, se lo permitía:

Entonces apenas, como yo aquí ahorita estoy viviendo cosas que no había vivido. Por ejemplo, el compañerismo, platicar con otras personas, aprender escritura, palabras, dibujos... que todo eso, aunque lo sabía uno, pero como que no lo sabía desarrollar y ahorita, poco a poco, ahí la llevo.

Carlota se expresó sobre su trabajo como secretaria, del había aprendido cosas que le habían proporcionado mucho placer. Más adelante le pregunté sobre las cosas que no podía hacer ahora que antes sí, a lo que contestó: *“más bien antes no hacía cosas y ahora (...) exacto, ahora he hecho todo lo que había querido siempre”*.

Algunas expresiones de este subtipo fueron relativamente cortas, como la de Nadia, quien encontraba gozo en hacer actividades en el centro gerontológico que nunca había hecho

antes, o Zayra, quien ahora tenía tiempo libre y “pretextos” para “salirse”. Lorena hacía “cosas nuevas”, y Piedad ya no se sentía obligada a ayudar a sus hijos, lo que le daba tiempo para hacer cosas nuevas. Querubina expresó que a su edad “*somos más libres*” y Tatiana (quien estaba en una silla de ruedas) expresó: “*estoy viva y puedo hacer lo que quiera*”.

Subtipo 10.4: Porque tengo menos obligaciones familiares

Este breve subtipo, en conjunto con el siguiente, expresa que la experiencia de libertad en la vejez estaba íntimamente relacionada con la caducidad de la expectativa social de obligación de las mujeres con la familia. Para este subtipo se contabilizó el testimonio de Piedad proporcionado en el subtipo anterior, así como el de Karen, quien se sentía oprimida por sus hijos (“*más libre. Aquí sí me siento más libre porque no me están hostigando mis hijos*”). Valentina lo expresó en un sentido más robusto:

Siento que ha cambiado mi vida porque ya me enfoco a otras cosas que son para mí. He aprendido que yo tengo derecho... preocuparme por mí misma. Cuando mis hijos estaban, pues no. Se enfoca uno a los hijos, a la pareja. No digo que los descuido, pero ya no con tanta vehemencia como antes. Ahora quiero yo esto y lo busco.

Subtipo 10.5: Porque estoy viuda, pues mi marido me trató mal

Si bien este subtipo y el anterior recuperan experiencias similares, relacionadas con la caducidad de ciertos vínculos interpersonales, esta agrupación en concreto trata de una experiencia frecuente que tenía que ver con la ausencia del marido. Si bien se trata en mayoría de experiencias de viudez, también se incluyen un par de divorcios. Karen expresó un profundo lamento por haberse casado:

Ese fue mi peor error y yo creo que fue mi peor fracaso en la vida porque siempre hice lo que mi esposo quiso y si él me decía que... por ejemplo a él no le gustaba que me asomara a la puerta ni que estuviera parada en la puerta. Porque andaba de canijo y no me dejaba... entonces se le figuraba que al estar en la puerta pues me decían cómo andaba él en la calle.

Wendy atribuía su tragedia de matrimonio a la tradición, comenzando por la enseñanza recibida en casa:

Decía mi mamá: “mire, la mujer que no ayuda al hombre, el hombre nunca levanta cabeza”. Levantó tanto la cabeza que me echaba p'afuera p'arrimar otra. Le ayudé mucho y luego no me compraba ni zapatos ni menos una ropa, nada.(...) Yo fui muy ignorante y muy... es que mi mamá nos crió muy encerradas. Nos crió como en un puño... muy encerradas. Que teníamos que aguantar al marido. Si nos llegaba y golpeaba "tienes que aguantar" porque era nuestra suerte. "Es que es tu suerte, m'hija, tienes que aguantar". ¿Qué hacía yo? Pues "tengo que aguantar". ¿Qué hacía? Yo decía: "mejor quisiera morirme porque ya no aguanto más este maltrato, golpes, tanto trabajar". Así decía mi mamá: "es tu suerte. Pídele a dios que dios te de aguante y que se componga".

Los testimonios de Wendy son los más crudos de la muestra, aunque luego se sobrepuso por su propia voluntad:

Me cansé de pedirle a diosito que se compusiera. Hasta que mejor "vámonos". Y con 5 de familia y sin trabajo, sin nada”. También: “hasta que dije: "ya, ya estuvo". Sí me costó mucho haberlo dejado porque me maltrataba mucho.

Parte de su reconstrucción histórica tenía que ver con romper esa cadena de sentido común, al proporcionar referentes distintos para sus propias hijas:

Por eso le digo yo a mis hijas que no se dejen que el marido las humille. Ya cuando empiecen a mortificarlas mejor sepárense... si yo hubiera estado más avivada y lo hubiera dejado más pronto yo no estuviera tan acabada, me acabó mucho. Porque era un hombre mucho mucho muy malo, malo. Me quedaron ganas de sentirme joven.

El marido como problema también estaba en el testimonio de Olga: *“lo único que puedo decir es que... como dice la señora, que ya se siente uno libre, no tiene uno pendientes de hijos ni de marido, porque yo tengo 35 años de viuda”*. Cabe señalar que el contexto de esa conversación no era el de los vínculos interpersonales y, por extensión, tampoco del matrimonio, sino que fue una expresión completamente espontánea.

Una característica que es llamativa es que tanto Wendy, Karen y Olga contrastan por sus testimonios y no habían recibido más que educación básica.

También contribuyó Zayra, quien había sido maltratada por su esposo a partir, precisamente, de asociaciones con la edad: la había abandonado por una persona más joven porque ella (Zayra) ya no podía “tener familia”. Esa es la única mención (implícita) de la menopausia como un cuerpo que se interpone en el tránsito de relaciones sociales a partir de expectativas, deseos y usos del cuerpo. Cabe reiterar que se trata de un empuje a la vejez por motivos corporales pero mediados por los vínculos sociales y no de manera inmediata.

Hay que reiterar que Zayra había vivido una situación de violencia (golpes y amenazas con armas de fuego), a lo que le atribuía su diabetes. Carlota se refirió a su matrimonio como “su cruz”, la que “trataba de sobrellevar viviendo como si viviera sola”, lo que ejemplificaba con que podía disponer de su tiempo sin tener que avisar al marido. Irene se había divorciado hace 30 años y “nunca más quiso volver a andar con un hombre”.

Llama la atención que Xóchitl, aunque, no se casó reflejó una experiencia similar a propósito del muchacho con quien se iba a casar en la juventud, quien le dijo el día que la “pidieron”:

“Yo te voy a dejar venir [a casa de tus padres]” y no es cierto. Yo tenía que pensar porque el novio le dice: “sí, tú vas, yo te voy a dar permiso de esto, de esto, de esto” y si uno se la cree, se casa, pero ya dentro del matrimonio no. Si él le dice: “sí, vete” pero no alcanzó a hacer la comida y ya llega a buscar la comida, cuando usted llegue se va a enojar. Aunque le haiga [sic] dado permiso se va a enojar. Vienen muchos problemas, entonces yo tenía que decidir: o voy a buscarme los problemas que no tengo o mejor me quedo a atender a mis papás sin ninguna preocupación y fue cuando decidí no casarme.

Tabla 14. Resumen de Tema 10: Mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes

Fuente: Elaboración propia

Tema : Mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes		
Participantes que contribuyeron con el tema: 20 de 26 (Blanca, Carlota, Elba, Francisca, Irene, Julia, Karen, Lorena, Minerva, Nadia, Olga, Piedad, Querubina, Romina, Sara, Tatiana, Valentina, Wendy, Xóchitl, Zayra).		
Subtipo	Testimonios ejemplo	Notas
<p>Subtipo 10.1 A pesar de que padezco del cuerpo</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Elba, Francisca, Julia, Sara, Xóchitl</p>	<p>“Yo sé mis limitaciones, pero no por eso me achicopalo (...). Yo me imagino que todas hemos tomado nuestra edad con entusiasmo y hemos tenido la madurez para asimilar la nueva etapa de nuestra vida en la que estamos. Que obvio que ya no podemos hacer lo que hacíamos antes pero [hay que] seguir luchando con nuestras limitaciones y no darnos por vencidas” (Elba).</p>	<p>Se trata de una agrupación de testimonios que incorporan dolores y padecimientos del cuerpo como parte de las experiencias positivas, lo que se puede comprender como un punto de partida en común a partir de una expectativa de declive.</p>
<p>Subtipo 10.2 Porque llegué hasta aquí luego de una juventud gozosa</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Blanca, Francisca, Irene, Julia, Lorena, Romina.</p>	<p>“[Ser viejita se siente] bien bonito porque no se me hizo pesado porque anduve de pata de perro... del tingo al tango. Pa' un lado y pa' otro” (Lorena)</p>	<p>Se trata de un subtipo que expresa gozo basado en las experiencias positivas de la juventud.</p>
<p>Subtipo 10.3 A mi edad hago cosas nuevas y soy más libre</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Carlota, Lorena, Minerva, Nadia, Piedad, Querubina, Tatiana, Valentina, Wendy, Zayra</p>	<p>“Más bien antes no hacía cosas y ahora (...) exacto, ahora he hecho todo lo que había querido siempre” (Carlota).</p>	<p>Con la vejez encontraron oportunidades para tener nuevas experiencias, en ocasiones vinculadas con una representación sobre la vejez que no estaba presente en su propia historia.</p>
<p>Subtipo 10.4 Porque tengo menos obligaciones familiares</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Karen, Piedad, Valentina</p>	<p>“Me siento más libre porque no me están hostigando mis hijos” (Karen).</p>	<p>Se trata de una liberación de las expectativas sociales de obligaciones familiares atribuidas a las mujeres, que han caducado con el tiempo, dejando un espacio para nuevas experiencias.</p>

<p>Subtipo 10.5 Porque estoy viuda, pues mi marido me trató mal</p> <p>Participantes que contribuyeron al subtipo: Carlota, Irene, Karen, Olga, Wendy, Zayra</p>	<p>“Lo único que puedo decir es que... como dice la señora, que ya se siente uno libre, no tiene uno pendientes de hijos ni de marido, porque yo tengo 35 años de viuda” (Olga).</p>	<p>Este subtipo recupera testimonios donde la sensación de libertad y la continuación de proyectos biográficos tuvo que ver con la ausencia del marido, fuera por viudez o divorcio.</p>
--	--	--

Temas menores para mujeres (Tema 11)

Este tema recupera cinco subtipos de testimonios y experiencias que no se agruparon en clústeres de sentido más amplios, pero que es importante mostrarlos por su relevancia. Los subtipos aquí presentados conciernen el conocimiento médico, religiosidad, aspectos sobre relaciones de pareja que no se incluyeron en otros subtipos anteriores, relaciones con los nietos y menciones sobre la apariencia. Por su estructura, este tema hace eco con el tema 5, que corresponde a los hombres.

Subtipo 11.1: Conocimientos médicos específicos y la opinión médica como mediadora de la experiencia

Fue llamativo que las señoras tuvieron mucha y muy específica información médica. Por ejemplo, Blanca (84), quien padecía de herpes, me dio una lección a profundidad sobre todos los tipos de herpes. Y Francisca me corrigió sobre mis propias intuiciones sobre las causas, síntomas y pronósticos del glaucoma, un padecimiento que ella tenía. Diana, Elba, Carlota, Zayra, todas tuvieron términos precisos y técnicos similares.

Una diferencia fue Julia, quien no podía nombrar las partes de su cuerpo, y la tuve acompañar diciendo las palabras mientras señalaba partes de su cuerpo: la clavícula, el brazo, la mano. También ella utilizó términos coloquiales para nombrar sus padecimientos y experiencias; por ejemplo, se refirió a la cardiomegalia simplemente como “corazón grande”

(en contraste, las demás utilizaron la terminología médica de manera elocuente: “mastografía”, “pantoxifilina”), lo que se puede explicar en parte por su educación (era analfabeta, aunque no la única).

Otra excepción en la precisión médica fueron los equívocos entre “depresión” y “de presión”, o hablar de la presión (sanguínea) como una metáfora de estar presionado (estrés), lo que da cuenta de un lenguaje especializado que genera lecturas coloquiales.

También fueron llamativos algunos testimonios que fueron leídos como la indicación y opinión de médicos como mediadores de la experiencia. Para Nadia (80), su paso por el centro gerontológico había sido parte de una prescripción de “distracciones” que hizo el médico a sus hijos (lo que también da cuenta de la mediación de los hijos) tras la “depresión” que tuvo por la muerte de su esposo.

Experiencias similares son la de Minerva (74), quien había tenido un accidente que resultó en una fractura de la espalda y a partir de entonces el médico era su referente de indicaciones que no se agotaban en aspectos médicos, y Carlota (69) quien tenía una circunstancia similar, excepto que para ella contaba como un logro transgredir las indicaciones médicas de no barrer, agacharse y subir escaleras.

Subtipo 11.2 Menciones de dios y religión

A diferencia de los hombres quienes solamente se expresaron marginalmente de dios o en temas espirituales (subtipo 5.1), en la submuestra de mujeres hubo repetidas menciones de esos temas. Algunas veces la explicación de dios servía para dar cuenta de los padecimientos; Blanca se expresó: *“papá diosito sabe qué hace (...). Tú sabes, 83 años que me ha dejado vivir mi papá diosito. Yo nada más tengo el herpes y de lo demás estoy bien”*. En ese sentido también se contribuyó Elba, quien había sufrido de cáncer:

Yo le di gracias a dios, “gracias por lo que me mandaste”, por la experiencia que tuve... porque ahí supe... sentí el amor de mi padre dios y de mi mamita María, que a lo mejor lo necesitaba. Muchas veces las cosas no vienen nada más porque sí, sino para despertar y decir: “ve lo que tienes a tu alrededor”. No solamente en tu hogar... sino con tus hermanos y la gente que te quiere. Una cosa muy bonita, la verdad.

Y Graciela: *“la verdad que solo dios sabe (...) dios nos da nuestro tiempo como él vaya... (...) Él nos lo da y nosotros lo vayamos tomando (...) como nosotros vayamos pudiendo”*. O Julia, quien tenía múltiples condiciones (enfermedad cardiaca, hipertensión, problemas en los riñones, una reciente embolia, severos problemas en las rodillas y había tenido un accidente recientemente):

Le doy gracias a dios, que me quiere mucho (...) aquí estoy y porque gloria a dios... estoy mal, pero no estoy mal. (...) Me pongo en oración, le pido perdón a dios y me pongo en sus manos y mira: aquí estoy (...) él es el que nos mueve y nos da la vida, la salud y toda la inteligencia que tenemos.

Y Tatiana (*“agradecer que estamos vivas... que dios no está dando la oportunidad y hay que tomarla porque si él ya hizo lo que tenía que hacer y nosotros (...) Si él dijo: “órale, aquí está, tienes otra chance” pues hay que aprovecharla y de mejor manera”*).

La religión también tuvo un importante lugar en el calendario de actividades recurrentes, por ejemplo, para Francisca, ir a misa estructuraba su semana. O representaba un sentido profundo para vivir: *“la religión que ahorita es mi vida, es mi todo”* (Elba), o *“he sido una mujer muy afortunada porque dios me ha tenido muy consentida”* (Irene). Para Karen era un consuelo y una esperanza: *“yo le pido mucho a dios que me haga fuerte, que no tenga miedo, que no llore. Es cuestión de pedirle a dios que me ayude, estar rezando”*. También dieron testimonios similares Carlota, Lorena, Wendy, Xóchitl.

Subtipo 11.3 Mi marido me trató bien

Este subtipo recupera experiencias que se pueden comprender como contrarias a las del subtipo 10.5 (“mi edad es algo positivo porque estoy viuda”) en tanto que fueron expresiones positivas del marido. Sin embargo, al mismo tiempo representan una parte del mismo universo de sentido que aquel porque la mayoría de las veces se interpretó como una excepción (Valentina: “*mi marido me ha dejado realizarme en todo lo que yo quiero, no me obstaculiza*”) o como parte de la suerte (Wendy: “*a mi hermana le tocó buen marido*”; Lorena: “*si a una le toca un marido buena gente se la pasa muy bien*”).

También se pronunciaron Yolanda (“*para mí fue un matrimonio muy lindo (...) no me dio mala vida, mi esposo fue muy cariñoso*”), Elba (“*le di gracias a dios, primero por el amor de mi esposo*”) y Romina (“*cumplimos 50 años de casados, muy bonito*”).

Subtipo 11.4 Afortunadamente los nietos no son mi responsabilidad

Aquí llama la atención que en mi intento de averiguar si tener nietos había formado parte de su transición a la edad adulta, nunca se expresaron en esa dirección. Una observación directa mostró que los nietos habían llegado a edades muy tempranas, por lo que no había manera de incorporarlos a una identidad específicamente sobre la vejez. Tampoco los bisnietos habían producido ese efecto, a pesar de que la mayoría de ellas tenía docenas de bisnietos de quienes inclusive no podían recordar sus nombres.

Este subtipo es similar al 10.4 (“mi edad es algo positivo porque tengo menos obligaciones familiares”) aunque en aquel caso se refería a obligaciones que habían tenido y luego caducado con la edad, y en este caso se refiere a unas que nunca habían adquirido.

Llama la atención que se parece también al subtipo 5.2 de los hombres, aunque en los testimonios de las mujeres resalta de nuevo el sentido de la utilidad: parecía que los nietos

estaban lo suficientemente lejos en el linaje como para rechazarlos, encarnando la ambivalencia sobre un discurso del cuidado y la utilidad.

El testimonio de Hilda refleja que le daba gusto ver a sus nietos las pocas veces al año que la visitaban, pues vivían en Guadalajara (*“en Guadalajara es menos porque... no sé si habrá más lugares dónde dejar a los niños, pero aquí es con los abuelitos... y los fines de semana a comer con los abuelos. Qué joda”*). A Lorena pregunté si le gustaba estar con sus nietos y bisnietos, a lo que contestó: dijo: *“ay no, ya no. No, no, no. Yo no quiero andar cuidando niños (...) cada quién que cuide los suyos”*. Irene inclusive dijo: *“a mí los niños nunca me han gustado mucho”*. Se expresaron de maneras similares Yolanda y Tatiana.

Subtipo 11.5: Menciones de la apariencia

Este subtipo pretende dar cuenta de que la apariencia era un tema importante para las mujeres. Romina (73 años) se regocijaba de que en diferentes lugares dudaban de que mereciera descuento de persona mayor de 60 años por su apariencia joven. Valentina y Elba expresaron gusto por “llamar la atención” en la vía pública (Elba: *“cuando me subo a los camiones o que me dan el paso... todavía llamo la atención”*). Y Wendy, aunque para ella era importante disimular su pobreza, lo que da cuenta de la apariencia como un factor clave en términos tanto de sexo como de clase social. Recordemos que Wendy era una persona sin seguridad económica que había trabajado en el campo, lo que contextualiza su testimonio:

[Me dice mi hija] "ay mamá, usted sale y parece que es de dinero. Se ve re bien, cuando sale se arregla bien". No, pues es que no hay que demostrar la pobreza (...) demostrar que está uno bien pobre, que no tiene que comer... no me gusta demostrarlo.

Algunos testimonios más dieron cuenta de esa distancia entre la edad subjetiva y la edad biológica. Por ejemplo, también Wendy expresó sentirse más joven de lo que se veía:

No. Yo no me siento viejita pero ya me veo en el espejo y sí. Pero no me siento viejita acá adentro yo sigo siendo, me sigo sintiendo joven. Pero mejor no me quiero ver en el espejo.

En el mismo sentido se expresó Graciela (“*yo no estoy viejita, yo me siento de quince*”). Fueron repetidos los esfuerzos por disimular los efectos físicos del envejecimiento aunque la mayoría de las veces no solamente por aspectos estéticos (en palabras de Graciela: “*vanidad de mujer*”) sino por las atribuciones sociales que con ellos venían: Carlota expresó que se pintaba el pelo (se había vuelto “*esclava de la pintura*”) porque “*como viejita de pelo blanco no te respetan*” porque se asumen que “*ya no piensa, que todo se le olvida, que no sirve para nada y no puede hacer las cosas*”. Francisca, Graciela, Lorena, Irene se expresaron de manera similar.

Un tema recurrente estaba relacionado con el sobrepeso y bajar de peso. Se pronunciaron Blanca, Irene, Elba, Valentina diciendo que solían ser delgadas pero la vejez ya no, aunque todavía tenían esperanza de adelgazar. De igual manera Graciela (aunque para ella tenía que ver con la maternidad más que con la vejez. Y la importancia de la apariencia se extendía hacia la muerte. Para Wendy era importante que al morir la “arreglaran”:

El día que dios me recoja ustedes me van a arreglar. Me pones maquillaje, mis chapetes". Así quiero irme, arreglada. Me alisan para que se me borren las arrugas. No quiero verme viejita, acabadita, tendida. Quiero verme bien. Toda desarreglada no. Me ponen mi mejor ropa. Así debe de ser ¿no?

Todos estos testimonios de la importancia de la apariencia resaltan no únicamente las características de una sociedad estructurada en función del sexo, la clase social y la edad (todas ellas presentes de manera particular en la submuestra de mujeres) sino también dan cuenta de una realidad interna que luego se interpreta a la luz tanto de la teoría gerontológica de la “máscara del envejecimiento” y de las consideraciones sobre la importancia de las imágenes en la vida social (en ambos sentidos, *imago e imaginación*).

Capítulo 9. El envejecimiento entre paréntesis: discusión

El retiro como una exclusión y como una posibilidad

Como se ha mostrado a lo largo del texto, la relativa seguridad económica fue la condición fundamental sobre la que se montaron las experiencias positivas recuperadas en esta investigación. En la edad tardía, esa seguridad económica tuvo la forma del retiro de la vida laboral, aunque sus efectos no giraron únicamente alrededor de los aspectos económicos, sino que estaban implicados los significados sociales que allí estaban entrelazados.

El paso de una etapa biográfica a otra fue mucho más claro para los hombres que para las mujeres: de la segunda a la tercera edad, en los términos de Peter Laslett (1991, 1994). Es decir, el fin de la vida laboral tuvo la forma de un ritual de paso, lo que puede explicar que en la experiencia de la edad tardía en las mujeres se presentó el riesgo como una sombra más significativa, tanto en términos concretos (como el miedo a caerse) pero también abstractos (como el miedo a no ser autosuficiente). Ello puede comprenderse la luz de la teoría de la sociedad somática (Turner, 1987, 2008) donde la desinstitucionalización precariza la vida arrojándola a la incertidumbre.

A propósito del retiro se encuentran implicadas las interpretaciones que tiene como un descanso, una recompensa o un derecho (Leeson & Harper, 2007), así como el sentido que se otorgó al trabajo como una actividad de supervivencia o de autorrealización, lo que refleja a su vez una estratificación en los términos de la clase social.

Llamó la atención que para las mujeres, quienes más frecuentemente no habían laborado fuera del hogar, la ausencia de ese paso ritualista de una edad a otra implicó una frontera difusa entre *hacer actividades productivas* y *simplemente hacer actividades*, aunque ello estuvo también presente en las mujeres que sí habían trabajado fuera del hogar, lo que se explica por las prácticas de socialización diferencial en cuanto al sexo. Esa experiencia difusa implicó que para ellas inclusive el ocio estaba mediado por la utilidad y la

productividad (ver subtipo 6.4), especialmente conforme descendían en el gradiente de la clase social.

La utilidad, junto con la autosuficiencia, vinieron a significar un cuerpo que precipitaba la vejez para las mujeres, pero no tanto en términos biológicos como *por su función social*. Ello se expresó en la ambivalencia e inestabilidad a propósito de lo que significaba ser una mujer mayor, siendo una experiencia al revés para los hombres (subtipo 2.2), quienes habían pasado a una etapa diferente de vida con nuevas experiencias por desarrollar, tras el cierre de la anterior.

Cabe notar la polisemia de la palabra retiro: en el sentido inmediato se trata de un *retiro del trabajo*. Pero se puede interpretar como una expresión concreta y acotada de un retiro más amplio, un *retiro del protagonismo social*, que también se observa en los espacios familiares, donde (por lo menos en el imaginario) la vinculación comienza a ser partir de la dependencia.

Pero el paso de una interpretación del retiro a otra tiene que ver con el sentido conferido al trabajo como la parte más sustantiva de un proyecto biográfico, especialmente para las personas en menor clase social (lo que está los subtipos 2.1 y 2.4), para quienes el trabajo era la principal (si no *única*) fuente de sentido, mediando todas sus interacciones y vínculos sociales después de la vida laboral a través de las identidades que habían conformado alrededor de sus oficios u ocupaciones.

También las condiciones proporcionadas por la clase social tuvieron un peso significativo en las identidades de las personas que *no trabajaban con el cuerpo sino con la mente* (y, por consecuencia, tenían mejores posiciones sociales). A decir, que tenían múltiples facetas o múltiples identidades sociales. Por ejemplo, cuando Benjamín expresó que durante *“su vida laboral” “había sido”* un vendedor, pero Ernesto *“seguía siendo”* un albañil a pesar de que ya no trabajaba. En otros términos: el primero de ellos podía pasar de un ámbito de

sentido a otro reconfigurando su propia identidad bajo las nuevas demandas de interacción, mientras que Ernesto simplemente llevaba la misma identidad a todos los espacios sociales que transitaba, mediando sus experiencias a través de comparaciones con aquella ocupación.

En los subtipos 6.1 y 6.2 se recuperan experiencias similares para las mujeres, aunque en la mitad de los casos se refirieron al trabajo doméstico, al que atribuían significados distintos a los del trabajo fuera del hogar. Concretamente, que en la mayoría de las ocasiones las mujeres no interpretaron el trabajo doméstico como trabajo.

Pero lo más interesante es que el deterioro corporal en las mujeres se experimentó como una consecuencia del trabajo doméstico mientras que el trabajo fuera de casa había tenido efectos en el deterioro *de la mente*. En ese sentido, *hacer trabajo doméstico* para las mujeres tuvo las mismas implicaciones que *trabajar con el cuerpo* para los hombres: principalmente el de la identidad vinculada a la ocupación. Y en esa asociación se encuentra configurada, claro, la sociedad de jerarquías, haciendo notar que la estratificación por clase y por sexo tienen las coincidencias de una experiencia social de la subordinación.

Vimos que el retiro involuntario (en la forma de despidos a causa de edad) trajo consigo las asociaciones negativas del envejecimiento para los hombres (por ejemplo en el subtipo de sentido 2.1). Pero hubo estrategias de afrontamiento que ponían la intención en el centro, en términos prácticos, lo que les permitió sobreponerse a esos efectos negativos. Lo que significa de otra manera que esa experiencia también estuvo matizada por la subordinación, configurando un habitus de empleado, *de clase media*.

En ese sentido, una deuda pendiente sería comprender el retiro (en las formas que vaya a ir tomando) de la próxima *generación*, atendiendo a las características de cohorte del autoempleo, el *freelancing* y otras prácticas laborales que no están enmarcadas bajo el cobijo institucional.

Sin embargo, para la muestra estudiada se configuró una ecuación donde el retiro era positivo al significar una recompensa y una oportunidad para realizar actividades nuevas. Y en esa ecuación, la edad tardía vendría a ser también algo positivo, lo que era expresado de manera obvia (“*por supuesto, no tengo por qué no estar contento*”, en el subtipo 2.2).

Un profundo sentimiento de libertad acompañó a esas experiencias (recordemos, no directamente sino matizadas por las estrategias de afrontamiento). El envejecimiento dejaba de ser una imposición desde el exterior, proporcionando una satisfacción basada en el logro y el placer (más basada en el trabajo, para hombres y mujeres que habían laborado fuera del hogar, y más asociado a la maternidad y mundo familiar para las mujeres que no lo habían hecho), como también se reitera más adelante.

Todo esto coincide con la denuncia del “supuesto trauma del retiro” que hace Tornstam (2005). En este estudio suscribimos esa denuncia al no haber encontrado tal trauma en ambos: tanto aquellos que transitaron a otras identidades tras el retiro y aquellos que no lo hicieron, dando cuenta de recursos de adaptación diferencial en términos de la clase social. Y que esas estrategias y experiencias se pueden comprender como enraizadas fundamentalmente en el principio ético recuperado por la gerontología social, de la *dignidad* basada en la autodeterminación.

Los hallazgos sobre el retiro también dan cuenta de cómo, con Klein (2013), hubo un tránsito de la vejez como el límite de la construcción de la subjetividad hacia una nueva etapa de “viejos no viejos” que ven frente a sí oportunidades de seguir desarrollándose en términos biográficos y no la decrepitud y muerte. Nuestros hallazgos muestran que esa no es una realidad ajena a nuestro contexto social latinoamericano, aunque ciertamente está atada a las condiciones sociales del privilegio.

Dos puntualizaciones: es completamente fundamental suscribir la denuncia social a propósito de la marcada e indignante desigualdad en nuestro contexto social. Pero también

es cierto que el retiro no tiene que tener la forma de la opulencia o el “retiro bajo el sol” para mostrar sus efectos positivos. De hecho, muchos de los informantes tenían dificultades económicas que se expresaban en los arreglos de vivir o los acuerdos que tenían con sus familiares a propósito del cuidado de los nietos o la distribución de tareas domésticas. Pero en esta muestra encontramos que había elementos para encontrar sentido y dignidad bajo las características de la seguridad económica.

Aquí cabe señalar una interpretación en la que la vejez, la enfermedad y la muerte fueron los grandes elementos democratizadores desde la experiencia subordinada. Por ejemplo, en el subtipo 1.1, y en el 1.2, cuando Julián expresó que las personas ricas se enfermaban más rápido porque no podían comer cosas de la calle (él se jactaba de no tener ninguna enfermedad). Y en el subtipo 4.2 (“*los padecimientos son la consecuencia de tus acciones, excepto cuando no lo son*”) esos elementos (vejez, enfermedad y muerte) tenían la forma de un destino inevitable, aunque medicalizado (en una percepción sobre la genética).

Ese sentido igualador estuvo mucho más presente en las mujeres (posiblemente porque ese lugar social sumaba una asimetría adicional). En el subtipo 7.2 (“*nada te salva de la enfermedad y la vejez*”) el prestigio, la edad, la clase social y el sexo, todas esas divisiones sociales se borrarían al final, con la vejez, la enfermedad y la muerte (aunque tenían más la forma de promesas distantes).

Una experiencia entre el destino y la intención

La experiencia de aspectos igualadores o democratizadores se puede interpretar también como la de un *destino*, lo que contrasta ampliamente con la *intención* en los términos de las posibilidades de modificar las consecuencias. Y es que esa dicotomía estuvo presente en los testimonios de los participantes, pero también haciendo ecos de la discusión teórica que hicimos sobre individuo y sociedad.

Llama la atención que las experiencias que fueron interpretadas como inevitables pasaron a un segundo plano, teniendo menos efectos (negativos). Por ejemplo (algún grado de) enfermedad se asumía como una parte intrínseca de la vejez: en el tema 3 encontramos testimonios sobre cómo, al ser ambas (enfermedad y muerte), insalvables, no había necesidad de intentar sobreponerse, por lo que solamente quedaba espacio para el disfrute.

Esa experiencia de estar en paz con la idea de morir (presente por ejemplo en los subtipos 3.1 y 3.2,) no se interpretó como una negación, en gran parte porque para los participantes la muerte no era una sombra cercana, sino un elemento del horizonte distante (esperaban vivir todavía muchos años). En cambio, se interpretó como un comportamiento gerotranscendente, pues permitía resaltar los aspectos positivos de la vida y la oportunidad de apropiarse de una experiencia positiva de retiro.

Cabe decir que en la dicotomía entre destino e intención (presente en los subtipos 4.1 y 4.2, y luego 7.2 y 7.3) las mujeres se orientaron mucho más al destino, lo que disminuía las subordinaciones y estructuración por clase y sexo (por ejemplo, el subtipo 7.2, donde estaba muy presente el tema de la clase social). En los hombres, en cambio, hubo una orientación ligera hacia la intención (con frecuencia materializada en estilos de vida), por ejemplo, en el subtipo 1.1, cuando la actividad física tenía el significado de poder contrarrestar la genética. Lo que también es llamativo es que inclusive aquellos destinos que eran de verdad inevitables no se incorporaron como parte de la identidad, como en el subtipo 2.3, a propósito de las enfermedades que no eran importantes porque no se había nacido con ellas (teniendo la condición de inherentes y *naturales*).

Para las mujeres además el destino tenía dos particularidades de la socialización por sexo: podía expresarse como la suerte de tener un buen marido o en la forma de dinero. No obstante, no había intención que pudiera sobreponerse a los elementos corporales de lo estético y la enfermedad.

Caminar como paradigma del uso del cuerpo intencionado

Hemos dado cuenta de que el cuerpo tuvo un papel central para delimitar la categoría de vejez y para precipitar su experiencia como un destino de la edad. Conviene en ese escenario precisar que había dos usos sociales del cuerpo: como instrumento para transitar el mundo y como vehículo de la agencia, la identidad, la intención, el propósito.

Si bien ambos usos se ven minados con la deterioración inherente del cuerpo que hay con el paso del tiempo, la mayoría de las veces hubo una importante mediación social. Por ejemplo, a pesar de que había una equiparación de la vejez con la pérdida de la movilidad, la disfunción y el dolor, ni hombres ni mujeres se identificaron con la vejez, pues el concepto de discapacidad implicaba un paso adicional que era la pérdida de la intención y la autonomía (por ejemplo en el tema 8 y subtipo 7.1, a propósito de un lugar en la sociedad y en la familia).

En la muestra hubo implicaciones muy importantes sobre clase social y movimiento. Un ejemplo paradigmático fue que para las personas en mejores posiciones sociales, el significativo “actividad física” se refería a hacer ejercicio, *practicar deporte*, mientras que para las personas más abajo en ese gradiente, se refería a trabajar. Eso reafirma los aspectos de la identidad cuyo referente principal era el de los oficios, *en esa posición social*. De manera similar se expresó la diferencia entre *actividad y movimiento*, donde el movimiento era simplemente utilizar el cuerpo (*corporalidad*) mientras que la actividad tenía intención (entendible bajo el concepto de *embodiment* o el de *hexis corporal*).

Sobre la vinculación entre clase y movimiento hubo un testimonio (subtipo 1.1) que equiparaba la mejor posición social con tener un *destino fijo*. Esa observación es absolutamente fundamental en una discusión social a propósito de la vejez, donde lo que está en juego es la intención y el propósito. Podemos extender nuestra interpretación y decir que ello implicó una equiparación de la clase social baja con la *deambulaci3n*, lo que ha sido la característica más temida de la vejez (ver por ejemplo, Brittain et al., 2017).

Es decir: el movimiento, y particularmente el de caminar, devino una expresión de lo más agéntico, la actividad *consciente, racional y propositiva*. Caminar es el uso del cuerpo *atravesado por la civilización* que contrasta con el cuerpo como *solamente naturaleza*. Caminar es la expresión del cuerpo que se ha moldeado a través de las formas sociales del movimiento que contrasta con uno que existe para aspectos como la reproducción.

Eso remite, claro, a Norbert Elias (2000) ("*las pérdidas corporales ponen en evidencia la naturaleza de los seres humanos*") pero también al cuerpo como era comprendido antes de la fenomenología, *por Descartes*, un cuerpo *sin pasiones, alma o subjetividad*, en el registro *zoe* y no *bios*.

Por ello el significado social sobre deambular (en el sentido real y el metafórico que concierne la clase social, como fue expresado en ese subtipo 1.1) añade a la demencia el referente de la ruptura del puente entre la mente el cuerpo, entre naturaleza y civilización y (con Brittain et al., 2017) permite comprender el miedo de perder el control del cuerpo como el miedo de perder la adultez, el protagonismo, la intención. Los ejemplos que configuran esa experiencia se encuentran en el subtipo 8.6 (como *miedo a caerse*) y en el 2.3 (como el *miedo a perder la memoria andando en la calle*).

Cabe añadir una lectura de la disfunción corporal a la luz de la fenomenología de Merleau-Ponty (1997), en la que el cuerpo deviene el *campo de las posibilidades*. Bajo esa concepción, la intención misma se refiere al movimiento corporal (el movimiento *de sí mismo*) y no a causa ni antecedente, es decir, la acción que no es mediada y que está *incorporada*.

Y a partir de ello comprender la prioridad que había en los testimonios sobre *moverse, trasladarse* como una apropiación de un espacio social a partir de la movilidad, o inclusive *conducir* (por ejemplo, subtipo 2.1) lo que también añade la posibilidad de moverse auxiliándose por instrumentos (que luego fueron experimentados como parte del propio

cuerpo) como andadores o sillas de ruedas, pero también motocicletas o camiones, que en ese sentido tienen la misma vivencia a propósito de la intención (pero no el transporte público, connotando aspectos de la clase social).

Llama la atención la importancia del movimiento otorgada también en el subtipo 8.1, donde una informante se preguntaba si había llegado o no a la vejez (como un *destino*) *porque no tenía discapacidad*. Ese testimonio suma evidencia para el gran hallazgo de la investigación: que las expectativas sociales y los términos para nombrar la edad tardía han caducado para comprender la experiencia, y que ello no se refiere únicamente a los términos de la apariencia (como en el concepto de la máscara del envejecimiento).

También cabe recuperar que para las mujeres la utilidad era un tema transversal de su experiencia, y que a propósito del movimiento ello tenía las implicaciones de la felicidad. Y que la felicidad era experimentada como un refugio de la vejez, lo que se expresó, por ejemplo, a través del baile (subtipo 8.3). Lo que coincide con los temas 9 y 3 a propósito del gozo como una característica de la juventud.

La experiencia del cuerpo mediada por categorías médicas

Como se mostró en el capítulo 5, a lo largo de la historia ha prevalecido una tendencia de significar la vejez bajo los referentes del declive del cuerpo y la patología. Lo que proporciona evidencia para decir que, a pesar de la *sociedad somática* de Bryan Turner, el proceso solamente es nuevo en el sentido contemporáneo que implica un entendimiento del sí mismo a partir de los referentes de la biomedicina, en el proceso de medicalización.

Si bien en la edad tardía no es posible obviar los aspectos biológicos, hay que ser cautos sobre la reducción de su significado a ellos. Al configurar y significar la vejez bajo los referentes biomédicos (y en este caso, la enfermedad, la discapacidad y la dependencia)

se da el paso de la intersubjetividad del mundo de la vida a la objetivación; y el espacio social que queda para los viejos es el de la pasividad.

En la muestra se encontró esa incorporación del discurso medicalizado para significar la experiencia (excepto en dos casos de personas que estaban en el polo inferior del gradiente de la clase social, ver, por ejemplo, subtipo 11.1), lo que coincide con el estudio de Martorell-Poveda y colaboradores (2010), quienes encontraron un entendimiento biomédico a propósito de las experiencias de la vejez en Latinoamérica y España.

Es decir, se había otorgado un papel fundamental al discurso médico para la comprensión del propio cuerpo (especialmente en la vejez que sí estaba atravesada por la patología). En ese escenario es importante reconocer el universo médico como uno de poder y prestigio, y el papel de los médicos (por ejemplo en el tema 7 y subtipo 11.1) como el de *gatekeepers* o mediadores entre el conocimiento y la experiencia individual.

Frente a esa circunstancia hubo tanto una resistencia (aunque todavía en los términos de una *saludización*, por ejemplo en la forma de prácticas de salud voluntaristas) como una consecuencia inesperada de alivio. Es decir, en el sentido de lo último, la medicalización también se experimentó como algo positivo pues proveyó un refugio y un espacio para encontrar ecos de una experiencia intersubjetiva o, en términos de Schutz y Luckmann (2001) saber que los otros *se experimentaban a sí mismos de la misma manera que yo me experimento*.

La legitimación del médico en la forma típica “*estás bien a pesar de tu edad*” (o de la diabetes, hipertensión, osteoporosis, mala circulación) implicó un alivio medicalizado, cobijando cierta “normalidad patológica” la vejez, lo que permitió una incorporación en la identidad por la expectación, pasando la enfermedad al segundo plano por no tener significados fatalistas (Julia: “*la enfermedad no la tiene uno todos los días*”) y proveyendo un sentido de pertenencia porque “*no son problemáticos*” a la manera de Canguilhem. El

subtipo 10.1 (“*mi edad es algo positivo a pesar de que padezco del cuerpo*”) expresa esa experiencia de una vejez positiva *encima* de los padecimientos del cuerpo.

Los efectos positivos de la medicalización hacen eco de lo que Nettleton (2006) encontró a propósito de los síntomas no explicados médicamente. Y, en todo caso, podemos comprender que las enfermedades son mediadoras de vínculos sociales y viceversa, lo que se puede ver, por ejemplo en el subtipo 4.3 (“*confiar en los demás es lo que te enferma*”).

Cabe decir que interpretamos tal efecto como la consecuencia de la tipificación que provee (en los términos de Schutz & Luckmann, 2001) un acervo de conocimientos cuya utilidad reside en que no tenemos que detenernos en cada experiencia para significarla, sino que actuamos con base en ellas idealizando el “*y así sucesivamente*”. Y que mientras no se rompa la cadena de evidencias (“*hasta nuevo aviso*”) mantienen esas tipificaciones su vigencia (lo que se está modificando aquí con los envejecimientos rupturistas). Y en ese sentido podemos comprender la medicalización como proceso que ocupa, en la sociedad somática, parte del lugar desdibujado por la desinsitucionalización.

Pero el juego que hay entre la medicalización como una condena y como un refugio, se trata, en todo caso, de una *abstracción* en términos fenomenológicos (Crossley, 2012; Merleau-Ponty, 1997), donde la utilidad es apenas una de sus características, donde finalmente hay una distancia entre esa representación (en términos fenomenológicos) y la experiencia de transitar el mundo en los cuerpos significados a la luz de ese reduccionismo.

Esos hallazgos remiten a la discusión sobre lo patológico y lo sano en Canguilhem (1971): cuando los informantes (tanto hombres como mujeres) dieron cuenta, por ejemplo, de dolores de tipo positivo que daban cuenta del funcionamiento del cuerpo, donde estaba implicado que el dolor no tenía un significado por sí mismo (inclusive cuando efectivamente había una lesión corporal) y estaba matizado por el contexto social. Es decir, hubo una experiencia de una salud *con cierto grado de anomalía* pero no significada en los términos

de la enfermedad, pues no causaba sufrimiento, dolor o impotencia. A decir, de nuevo, que lo normal y lo saludable no son lo mismo, pues lo primero se juzga bajo los criterios de la compatibilidad y adaptación a la vida.

Y con Bastide (1983) y Foucault (2012) recuperar que lo normal es aquello que se conforma a las normas de una sociedad; y que para cada época existen conceptos de salud y enfermedad y prácticas médicas y sistemas terapéuticos. Lo que permite comprender el campo de la saludización de la vejez como un ámbito finito de sentido que está siendo reconfigurado a la luz de los envejecimientos rupturistas, resedimentando el sentido común a propósito de envejecer.

En los términos amplios, debemos comprender que la medicalización es una extensión de una comprensión naturalista del mundo de la vida. Pero que esa comprensión en la escala micro en la mayoría de las ocasiones aquí referidas no fue interpretada como un problema.

Envejecer a la sombra del deterioro en el universo valorativo de la individualidad

Antes de la transición demográfica en la que nos encontramos, hubo una tendencia, como vimos con Achenbaum (2007) y Minois (1989), de proporciones pequeñas de personas mayores en cualquier punto de la historia, lo que tuvo por consecuencia que hubiera espacios sociales relativamente bien definidos para la edad mayor, pero los movimientos demográficos han modificado la composición social por la edad y la condición de los viejos.

Además están cambiando la realidad de los viejos: anteriormente no había los recursos de salubridad y tecnológicos para extender la esperanza de vida, había una vejez *más natural* que también significaba que se habían sorteado los obstáculos de vivir el trayecto de vida previo. Dicho de otra manera: el panorama de padecimientos en la edad tardía ha tenido severos cambios, junto con los significados atribuidos a la vejez a propósito del cuerpo

y la manera de ocupar aquellos espacios. Especialmente por la distancia entre la experiencia y la tipificación social de la vejez.

El tema 2 (“*el retiro marca el inicio de la vejez pero solamente la discapacidad la hace una experiencia negativa*”) es un ejemplo de cómo vejez y discapacidad no estaban naturalmente vinculadas *cuando se concebía la edad tardía como una experiencia positiva* (lo que hemos decidido interpretar como un comportamiento gerotranscendente, sobre las líneas de esas interpretaciones que ya fueron señaladas).

En cambio, las experiencias negativas del envejecimiento fueron significadas como la discapacidad, dependencia y cansancio. En los hombres está reflejado en el subtipo 2.3 y en las mujeres en el 6.2 y 8.1; aunque el cansancio en los hombres se expresó en las mujeres como debilidad.

Podemos comprender esas experiencias como parte de la saludización que a su vez es una expresión lógica de un universo de significación que valora la individualidad, en el que los viejos son observados al mismo tiempo como únicos pero homogéneos. Y la discusión a propósito de la individualidad es absolutamente fundamental por las condiciones geopolíticas y sociales que hay a propósito, precisamente, de la sociedad somática.

Y en esa individualización de la patología, de la normalidad y la vejez, corresponde desarrollar estrategias que estén cobijadas por el mismo universo individualista, lo que se recoge bien en la medicalización. Es decir: que la individualidad está en la configuración misma de la experiencia del proceso del envejecimiento en los términos contemporáneos.

Como síntomas de la sociedad somática además se encuentran las extensiones de la valoración de la individualidad: la independencia, la fortaleza, la función, la productividad. Donde las representaciones peyorativas están ubicadas bajo los significantes de una población que es imaginada débil y enferma, conformando un miedo social sobre la pérdida del protagonismo social al que todos estaríamos destinados. Un miedo donde las pérdidas

corporales vehiculizan la amenaza de perder el cuerpo y, más, lo que el cuerpo ha venido a significar en la sociedad somática de Turner: la individualidad y la agencia, y, con Higgs y Jones (2009), la fuente de identidad y de sentido.

Sin embargo hay una diferencia entre individualizar las diferencias y negar el papel que los estilos de vida tienen, por ejemplo, en el desarrollo de ciertas patologías y diferencias en los términos amplios (lo que estuvo presente en los temas 4 y 10). Pero tampoco conviene ser omisos sobre el papel que tienen los ambientes en el moldeamiento de aquellos comportamientos, por lo que, de una o de otra manera, estamos redirigiendo el análisis hacia los niveles más comprensivos que exceden la individualidad.

Al poner en el centro el tema de la individualidad estamos en el terreno de concebir, postular o suscribir una visión antropológica como parte del ejercicio reflexivo fundado en la fenomenología como proyecto de crítica de la razón, lo que justamente hacemos aquí.

Y es que las concepciones antropológicas se encuentran contextualizadas (entretejidas) en la sociedad que las produce. Y tamizar el envejecimiento a través de los referentes del éxito, la actividad, la individualidad, la competencia... ensancha las distancias entre las experiencias de los diferentes lugares sociales, así como las distancias entre los niveles de análisis macro y micro como aspectos sintomáticos de una sociedad.

En el sentido contrario (o correspondiente) podemos concebir las experiencias como el contenido latente de las formas sociales. En términos de Bourdieu y Wacquant (1992), pensar los testimonios aquí recuperados a través de las relaciones y procesos que los han configurado. Y resaltar el sentido interpretativo que permite comprender la edad tardía contemporánea como *nueva* en términos históricos, y la vejez como concepto no bajo los referentes de la naturaleza o el mundo exterior sino a través de los significados sociales que se le atribuyen, configurando la experiencia de transitar el mundo *después de cierta edad*.

El envejecimiento en la disputa por protagonismo social

Una vez que comprendemos que las categorías de edad se dibujan menos desde sus características naturales y más desde expectativas sociales y los sistemas de valores, podemos interpretar esa configuración de categorías de edad en el marco de una disputa por controlar los espacios sociales protagónicos. Bourdieu (2002) expresó que la frontera entre la juventud y la vejez era un objeto de lucha entre jóvenes y viejos, lo que también estaba en el texto clásico de Riley (1971), quien habló de la estratificación social como un juego de ceder espacios sociales en función de la edad.

Así, frente a grupos etarios que son completamente imprecisos queda pendiente contestar a la pregunta sobre los nuevos roles sociales prescritos para los viejos en una sociedad donde el cuerpo tiene un papel significativo en el mantenimiento de las estructuras, y en la experiencia subjetiva de ese lugar.

Podemos comprender que adjudicar la discapacidad como la característica emblemática de la vejez implica no nada más el funcionamiento biológico sino el funcionamiento social, configurando una metáfora uno de lo otro y viceversa. Por lo que podemos comprender los testimonios de la muestra como un esfuerzo por desasociar la idea de que *el problema de todos los viejos es la discapacidad* y que *para todos los viejos la solución es la actividad*, el ejercicio, la gimnasia (tanto física como *mental*, cualquier cosa que signifique eso). Lo que desafía las ideas tradicionales (o por lo menos *sedimentadas en el sentido común*) a propósito de, por ejemplo, las edades ideales para el trabajo (como fue rechazado tanto participantes hombres y mujeres, en los subtipos 2.1 y 6.1, respectivamente).

Es decir, que en esa negociación que hay de espacios sociales a propósito del cuerpo, encontramos testimonios que dan cuenta de personas en la edad tardía que mantienen o recuperan el espacio social, inclusive cuando es a través de instrumentos. El movimiento agéntico y autónomo proporciona los elementos para para disputar los espacios sociales de

protagonismo. Y entonces podemos hablar del cuerpo como un ancla de sentido y vehículo de la identidad en la sociedad somática que se construyó alejada de la vejez (con Gilleard & Higgs, 2016; Nettleton, 2010; Turner, 2008) pero también como una resistencia ante el mandato de la decrepitud, y como un recurso de ubicación en el espacio social.

El tema 10 (“*mi edad es algo positivo porque todavía tengo planes*”) es paradigmático de lo encontrado en esta investigación, porque recupera las experiencias sobre los proyectos biográficos sobre los que las participantes todavía tenían expectativas .

La experiencia de la edad cronológica independiente de la vejez

Uno de los hallazgos más importantes de esta tesis origina en que no hubo ninguna identificación típica de los participantes con la vejez. Ni a los 60 o 65 años, ni en hombres ni mujeres, ni en función de la clase social, implicando una experiencia transversal. Ello podría interpretarse en los términos de la teoría gerontológica de la *máscara del envejecimiento* [MDE] (por ejemplo, en el subtipo 2.4 para hombres y 11.5 para mujeres), pero ese entendimiento tendría un corte principalmente individualista basado en las imágenes (más en el sentido de imago, es decir, el de una representación).

Si bien nuestros hallazgos coinciden con los términos de la MDE, nuestra interpretación es más amplia pues lo que había era una prolongación indefinida de los roles sociales de la mediana edad. La edad tardía se experimentaba, entonces, como una polarización entre *ser viejo* y *sentirse viejo*, donde la discapacidad sería la característica que agrupaba ambas experiencias, expresando el concepto de cuarta edad (por ejemplo, en el subtipo 2.3).

Un segundo eje importante sobre la identificación con la vejez fue su determinación desde el exterior como parte de una prescripción social (lo que también tiene implicaciones de clase social), como se mostró en el subtipo 2.1, a propósito del retiro involuntario. Fueron

frecuentes las experiencias de una vejez que no estaba vinculada directamente con problemas físicos, sino a través de la evaluación de otros, especialmente en contextos laborales.

Para las mujeres, la autosuficiencia configuró un tipo de utilidad enfocada en sí mismas (subtipos 6.3 y 8.3) minando la libertad. Es decir: el gran tema de fondo es la pérdida de la independencia, lo que arruinaba la experiencia de ser vieja.

En términos amplios, no era lo mismo *envejecer* que *volverse viejo*, y lo segundo ha tenido que ver con la debilidad, real o anticipada. Y que, como desarrollamos en el capítulo 6, hay una edad biológica, edad cronológica, edad social y el problema es que esos procesos se han venido a interpretar como uno solo.

Frente a eso encontramos lo que ha sido descrito en Latinoamérica como la *prevejez* por Robles Silva y colaboradores (2006) o *aduldez posmayor* por Klein (2013, 2016) donde la vejez ya no representa el límite de la construcción de subjetividad. Esos son los viejos que encontramos en el estudio: los que no han aceptado el mandato social de la decrepitud. En todo caso, que la experiencia de la edad cronológica fuera independiente de experimentarse *como viejo* es el testimonio definitivo de la caducidad de las categorías para significar la adultez mayor en nuestro contexto social.

Capítulo 10. Conclusiones

El objetivo de esta tesis ha sido develar los aspectos inadvertidos de la experiencia del envejecimiento en el retiro, y las condiciones de la actitud natural que hay sobre la vejez en el cambiante escenario demográfico contemporáneo, expresada en el gradiente que va de las actitudes y prejuicios, a la política económica y de salud, a las premisas bajo las que se plantean soluciones a una característica demográfica que se ha configurado como un problema alarmante.

Encontramos, en el sentido más amplio, que se está desdibujando el sedimento con el que se ha significado hasta ahora la edad tardía, rompiendo los esquemas que han servido para contener las maneras de experimentarla.

El gran acento analítico de esta investigación se encuentra en la fenomenología como una crítica de la razón, lo que ha sido traducido en ciencias sociales bajo los signos de una aspiración al entendimiento reflexivo de las categorías sociales que estructuran y posibilitan la experiencia, pero que son finalmente contingentes. Bajo esa premisa, cuestionar el envejecimiento ha implicado poner entre paréntesis la manera de experimentarlo incuestionadamente, como *experiencia natural*, y develar la trama de clasificación que le ha dado forma como producto histórico.

Es decir, de la fenomenología recuperamos la crítica del naturalismo y en este caso sobre la edad, para comprender que sus categorías sociales (tradicionalmente la niñez, juventud, adultez y, *claro*, la vejez) están todas más vinculadas con expectativas y roles que con la edad cronológica y los aspectos biológicos, donde ambos fueron experimentados de maneras independientes a la categoría de la vejez. Eso se puede leer a la luz de Bourdieu (2002), sobre cómo otras divisiones sociales (como la clase social) son más operativas que la edad, como clústeres, puesto que los trayectos biográficos son heterogéneos: las personas de la misma edad apenas comparten esa característica en común y la mayoría de las veces

ninguna más. Con Achenbaum (2007), decimos que la vejez es la etapa más heterogénea de la vida. Pero hay que advertir que al resaltar la heterogeneidad también es resaltamos la desigualdad.

En ese sentido, comprender la relación entre envejecimiento y padecimientos corporales va más allá de asumir que van de la mano. Notando que la edad tardía ha venido a significar una experiencia positiva para muchas personas, donde la enfermedad y la discapacidad no han opacado los trayectos biográficos.

Ello reflejó una experiencia inadvertida: que al significar un grado de patología como parte usual en la edad mayor, pasó al segundo plano no afectando el tránsito entre ámbitos de sentido. Es decir: que una cosa es lo normal y otra cosa es lo deseable. Y es que la aspiración e idealización de una vejez *sin enfermedades* y de una vejez *sin edad* (lo que se recoge en las prescripciones sociales del envejecimiento exitoso y positivo) está embebida de un funcionalismo individualista que rechazamos en los términos de la gerontología crítica. En su lugar, se pretende recuperar la dignidad basada en la intención y el propósito como criterio orientador de las experiencias positivas en la edad tardía.

Una gran conclusión de este trabajo es que las categorías homogéneas y estáticas a propósito de la edad mayor se han vuelto obsoletas, con una necesidad de reconfigurarlas, a la par del vocabulario y los conceptos que tenemos para nombrar la vejez y contener sus experiencias. Significar nuevas maneras de *hacer vejez* y crear nuevos espacios sociales y simbólicos para desarrollo de las relaciones en términos agénticos.

El escenario consiste en una desvinculación de la edad social y la edad cronológica que ha ido moviendo la experiencia de una vejez entendida en los términos de la *cuarta edad* cada vez más lejos, reconfigurando las expectativas de la vida laboral, social y familiar que se han proyectado como una prescripción.

Cabe decir que el envejecimiento entendido como la *adquisición de edad* nos coloca en un devenir infinitamente atado al paso del tiempo, que puede ser cronológico pero también social e histórico. Lo que resalta la necesidad de concebir este estudio eminentemente en el terreno de lo transversal, pero de manera robusta bajo los términos de *cohorte* de Mannheim (1993) y Riley (1971). Es decir, los informantes que proporcionaron sus testimonios para este estudio están atados de manera indisociable a su propia historia social y condiciones materiales que proporcionaron los elementos para envejecer sus propios trayectos.

En tal sentido, nos referimos a los beneficios sociales en extinción, como es paradigmáticamente el retiro administrado por el Estado mexicano. Y en los términos más amplios, a las condiciones de relativa seguridad económica que configuraron el basamento para la experiencia positiva: pensión (aun en términos modestos), casa propia y servicios de salud.

En otro sentido, el aspecto de cohorte implica que la experiencia del envejecimiento va a seguir modificando sus referentes con el tiempo, lo que nos permite advertir frente a una interpretación de un flujo lineal y universalista. Ello implica que en otros contextos sociales las prioridades alrededor del envejecimiento sean otras. Porque estamos atados a nuestros referentes y divisiones sociales, en México tenemos *nuestro propio tiempo histórico, nuestras propias generaciones*.

Finalmente cabe hacer notar que a lo largo de este documento se expresó una distancia con la consideración del envejecimiento demográfico como un problema, nunca suscribiendo esa visión: *una cosa es un fenómeno y otra cosa un problema*. Ello no significa que el envejecimiento demográfico no sea un desafío legítimo basado en las modificaciones sociales que tienen efectos en los aspectos económicos y en la administración de salud, la salud misma, las condiciones de vida y vivienda. Y en los modos de vivir. Pero esa preocupación está construida a partir de indicadores demográficos como lo son el dividendo

demográfico y la tasa de población mayor dependiente (los que hemos revisado críticamente, encontrando en ellos *también una sociedad depositada*).

Y, en todo caso significa también que el envejecimiento demográfico es, si acaso, apenas una característica de la sociedad contemporánea frente al que tenemos que posicionarnos desde un reconocimiento de sus características heterogéneas.

Recomendaciones

De lo que de diagnóstico social tenga este estudio, hay que reiterar la seguridad económica como la condición absolutamente fundamental para las experiencias positivas en el envejecimiento. Y en ese sentido suscribir, sobre las líneas trabajadas por Huenchuan y Guzmán (2006), que en nuestro país hace falta fortalecer los mecanismos de acceso a la seguridad social, un tema “*todavía pendiente*” Latinoamérica.

También habría que hacer modificaciones legislativas no nada más en los términos de la jubilación y las pensiones, sino también a propósito de la empleabilidad de las personas mayores fundamentadas en la reestructuración de los referentes de las sociedades estratificadas en función de la edad.

Si bien en Latinoamérica la permanencia o el reingreso al mercado laboral en la edad tardía ha respondido en gran medida a las carencias de la seguridad económica, habría que poner en perspectiva la polarización entre la individualización de las diferencias y el retiro como una muerte social. Y no perder de vista, como estuvo presente en los testimonios especialmente de las informantes mujeres de este estudio, que la vinculación con el mundo del trabajo y la generación autónoma de ingresos significa también ostentar un protagonismo social.

En las décadas por venir, también habrá que realizar una transición en el foco de las estrategias cobijadas bajo el término del *desarrollo*: de los jóvenes a las personas mayores.

En todo caso, igual que hemos denunciado que el envejecimiento exitoso o positivo o activo sea *la solución para todos los viejos*, también habría que notar que se necesita complementar el criterio único de edad, con otros criterios como la clase social y el sexo, para poder responder a las necesidades de las personas mayores, sosteniendo la dignidad como categoría ética fundamental.

Limitaciones

Por la naturaleza de este estudio, la subjetividad del investigador proporcionó una *intención* irrenunciable para leer e interpretar los testimonios proporcionados por los informantes, por encima de la aspiración de suspender el juicio. Lo que implica también que no se haya podido aprehender *toda la experiencia*, trabajando con la idea de la incompletud del conocimiento adherida a estos paradigmas del conocimiento.

El enfoque adoptado ha priorizado las descripciones robustas y a profundidad en detrimento de la posibilidad de generalizar de manera inmediata más allá de la muestra estudiada, un trabajo que tiene que realizarse sumando parcelas del conocimiento. Y que el sesgo de esta muestra está relacionado con la disponibilidad y las características psicológicas para participar en este estudio. A decir: que el primer tamiz de muestreo ha estado entretejido con la disponibilidad, tanto real como metafórica, de los informantes, excluyendo automáticamente a todos aquellos que no estuvieron en ese escenario social acotado que fueron los centros gerontológicos, así como aquellos indispuestos para la interacción.

Referencias

- Achenbaum, W. A. (2007). History of Aging. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged*. Oxford: Elsevier.
- Aho, J. (2013). *Body Matters. A phenomenology of sickness, disease, and illness*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alexander, J. C., & Giesen, B. (1994). De la reducción a la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro. In J. C. Alexander, B. Giesen, R. Münch, & S. (comps). N. J. (Eds.), *El vínculo micro-macro* (pp. 9–60). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Allport, G. W. (1985). The historical background of social psychology. In *Handbook of Social Psychology* (pp. 1–46).
- Anónimo, & George, A. (1999). *The Epic of Gilgamesh*. England: Penguin Books.
- Arroyo R., M. C., & Salas M., M. G. (2013). Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de los adultos mayores físicamente dependientes. In V. Montes de Oca Zavala (coord.) (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 141–170). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Bal, P. M., Kooji, D. T. A. M., & Rousseau, D. M. (2015). *Aging Workers and the Employee-Employer Relationship*. Springer.
- Banco Mundial. (2018). Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) (México). Retrieved April 23, 2018, from <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=MX>
- Barusch, A. S. (2013). The Aging Tsunami: Time for a New Metaphor? *Journal of Gerontological Social Work*. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.787348>
- Bastide, R. (1983). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson / Paraninfo.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O., & Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.2.S72>
- Benson, J. E., & Furstenberg, F. F. (2006). Entry into Adulthood: Are Adult Role Transitions Meaningful Markers of Adult Identity? *Advances in Life Course Research*, 11, 199–224. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(06\)11008-4](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(06)11008-4)
- Birren, J. E. (2007). History of Gerontology. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 686–695). Oxford: Elsevier.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press.

- Bourdieu, P. (1998). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (2002). La juventud no es más que una palabra. In P. Bourdieu (Ed.), *Sociología y cultura* (pp. 163–173). México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2012). *Homo academicus*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2013). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (2008). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. México D.F.: Siglo XXI.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brännström, H., Bäckman, M., & Santamäki Fischer, R. (2013). Walking on the edge: Meanings of living in an ageing body and using a walker in everyday life - a phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 116–122. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00334.x>
- Brittain, K., Degnen, C., Gibson, G., Dickinson, C., & Robinson, L. (2017). When Walking Becomes Wandering: Representing the Fear of the Fourth Age. *Sociology of Health and Illness*, 39(2), 270–284. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12505>
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores.
- Castro. (2018). Claves para una sociología de la experiencia: la opresión racista, de clase y de género. *En Prensa*.
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM.
- Castro, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Idéias*, 15–40.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: CRIM UNAM.
- Castro, R., & Suárez, H. J. (2018). *Pierre Bourdieu en la Sociología Latinoamericana: el uso de campo y habitus en la investigación*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México / Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2012). *Principios*

del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas (Primera ed). México D.F.: Secretaría de Salud.

- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud. Retrieved December 20, 2015, from <http://www.cdc.gov/HRQOL/spanish/index.htm>
- Cerquera Córdoba, A. M., & Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 45, 173–180. Retrieved from <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/665/1196>
- Chan, G., Brykczynsky, K., Malone, R., & Benner, P. (2010). *Interpretive Phenomenology in Health Care Research*. London: Sigma Theta Tau International.
- Chávez-Hernández, A.-M., & Macías-García, L.-F. (2014). Transmisión y relaciones intergeneracionales vulnerables: Notas exploratorias sobre la práctica de una sociología clínica en México. In A. Klein, A.-M. Chávez-Hernández, L.-F. Macías-García, & C. Rea (Eds.), *Identidades, vínculos y transmisión generacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Chávez-Hernández, A.-M., & Macías-García, L.-F. (2015). Understanding Suicide in Socially Vulnerable Contexts: Psychological Autopsy in a Small Town in Mexico. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 3–12.
- Cokayne, K. (2003). *Experiencing old age in ancient Rome*. New York: Routledge.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P. (2015). Foreword. In S. Bell & A. E. (eds) Figert (Eds.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics: old critiques and new engagements*. Londres: Routledge.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Conrad, P., & Bergey, M. (2015). Medicalization: Sociological and Anthropological Perspectives. In J. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second edi, p. Volume 15, pp. 105–109). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.64020-5>
- Costelloe, T. M. (1996). Between the Subject and Sociology: Alfred Schutz's Phenomenology of the Life-World. *Human Studies*, 19, 247–266. <https://doi.org/10.1007/BF00144021>
- Crossley, N. (2007). Researching embodiment by way of 'body techniques. *The Sociological Review*, 55(1 (suppl)), 80–94. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2007.00694.x>
- Crossley, N. (2012). Merleau-Ponty, medicine and the body. In G. Scambler (Ed.), *Contemporary Theorists for Medical Sociology* (pp. 87–103). Nueva York: Routledge.
- Davis, J. E. (2010). Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. In W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 211–241). Londres: Wiley-Blackwell.

- De Souza Minayo, M. C. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12.
- Dekkers, W. (2013). Do We Need an Anthropology of the Aging Person and What should it Look Like? In M. Schermer & W. Pinxten (Eds.), *Ethics, Health Policy and (Anti-) Aging: Mixed Blessings* (pp. 41–58). Springer Netherlands.
- Dennet, D. (2007). Heterophenomenology reconsidered. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6, 247–270. <https://doi.org/10.1007/s11097-006-9044-9>
- Díaz-Loving, R. (2002a). Psicología social psicológica en el contexto latinoamericano. In C. Kimble, E. Hirt, R. Díaz-Loving, H. Hosch, G. W. Lucker, & M. Zárate (Eds.), *Psicología Social de las Américas* (pp. 487–506). México: Pearson Educación.
- Díaz-Loving, R. (2002b). Psicología social sociológica y cultural en el contexto latinoamericano. In C. Kimble, E. Hirt, R. Díaz-Loving, H. Hosch, G. W. Lucker, & M. Zárate (Eds.), *Psicología Social de las Américas* (pp. 467–486). México: Pearson Educación.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Douglas, M. (1970). *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Londres: Barrie & Rockliff.
- Douthit, K. Z., & Dannefer, D. (2007). Social Forces, Life Course Consequences: Cumulative Disadvantage and “Getting Alzheimer’s.” In J. M. Wilmoth & K. F. Ferraro (Eds.), *Gerontology: Perspectives and Issues* (pp. 223–243). New York: Springer Publishing Company.
- Dukuen, J. (2010). Entre Bourdieu y Schutz. Encuentros y desencuentros en fenomenología social. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3(2), 39–50.
- Dukuen, J. (2015). Una fundamentación “merleauPontyana” para la apuesta metodológica de Bourdieu en Argelia. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 22(68), 97–124.
- Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 125–128.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Ediciones Península.
- Elias, N. (2000). *The Civilizing Process: Sociogenetic and Psychogenetic Investigations*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1(2), 156–165. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90062-8)
- Enríquez Rosas, R. (2011). Subjetividades, emociones sociales y exclusión social urbana en Adultos Mayores en la Zona Metropolitana de Guadalajara. In M. I. Patiño Rodríguez,

- D. Martínez Mendizábal, & E. Valencia Lomelí (coords.) (Eds.), *La necesaria reconfiguración de la política social en México*. León: Universidad Iberoamericana León.
- Espeland, W. N., & Stevens, M. L. (2008). A Sociology of Quantification. *Archives Europeennes de Sociologie*, 49(3), 401–436. <https://doi.org/10.1017/S0003975609000150>
- Estes, C. L., & Phillipson, C. (2007). Critical Gerontology. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 330–336). Oxford: Elsevier.
- Estrada Saavedra, M. (2000). La vida y el mundo: distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana. *Sociológica*, 15(43), 103–151.
- Featherston, M., & Hepworth, M. (2007). Images of Aging. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 735–742). Oxford: Elsevier.
- Feyerabend, P. (1986). *Tratado contra el método: Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Madrid: Tecnós.
- Findsen, B. (2017). Learning in Later Adulthood: A Critical Perspective. In M. Milana (Ed.) (Ed.), *The Palgrave International Handbook on Adult and Lifelong Education and Learning* (pp. 839–856). Springer.
- Fingerman, K. L., & Baker, B. N. (2007). Socioemotional Aspects of Aging. In J. M. Wilmoth & K. F. Ferraro (Eds.), *Gerontology: Perspectives and Issues* (pp. 183–202). New York: Springer Publishing Company.
- Flores Villavicencio, M. E., Cervantes Cardona, G. A., Cruz Ávila, M., & Cerquera Córdoba, A. M. (2011). Concepto de calidad de vida en relación con el adulto mayor. In M. E. Flores Villavicencio, M. G. Vega López, & G. J. González Pérez (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 87–98). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Flores Villavicencio, M. E., & Troyo Sanromán, R. (2011). Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. In M. E. Flores Villavicencio, M. G. Vega López, & G. J. González Pérez (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 99–118). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2016). *Estado de la población mundial 2016*. Nueva York. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf
- Foucault, M. (2001). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *Hay que defender la sociedad. Curso del Collège de France (1975-1976)*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

- Frenk, J., Lozano, R., & Bobadilla, J. L. (1994). La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de Población*, 60(22), 79–101. Retrieved from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808>
- Fries, J. F. (2005). The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 801–823. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x>
- Gane, M. (2006). *Auguste Comte*. New York: Routledge.
- García Campayo, J. (2015). *Dicen que no tengo nada. Las somatizaciones*. España: Editorial Siglantana.
- Giddens, A. (2007). *Las nuevas reglas del método sociológico: Crítica positiva de las sociologías comprensivas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2000). *Cultures of Ageing: Self, Citizen and the Body*. London: Pearson.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2005). *Contexts of ageing: class, cohort, and community*. Polity.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2010). Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Aging and Mental Health*, 14(2), 121–128. <https://doi.org/10.1080/13607860903228762>
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2016). Aging, Embodiment, and the Somatic Turn. *Age Culture Humanities*, 2, 17–33.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800006>
- Gómez, R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57–74.
- González Pérez, G. J., Vega López, M. G., Cabrera Pivaral, C. E., Arias Merino, E. D., & Muñoz de la Torre, A. (2011). Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México. In M. E. Flores Villavicencio, M. G. Vega López, & G. J. González Pérez (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 37–62). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Gorden, R. L. (1956). Dimensions of the Depth Interview. *American Journal of Sociology*, 6(2), 158–164.
- Grange, J. (2009). L’habitus, de la philosophie à la sociologie et retour. In M.-A. Lescourret (Ed.), *Pierre Bourdieu. Un philosophe en sociologie* (pp. 35–64). Paris: PUF.
- Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., & Watts, M. (2009). Quality of Life. In *Dictionary of Human Geography*. Wiley-Blackwell.
- Habermas, J. (1988). *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid: Tecnós.
- Harper, S. (2013). Preface: The ageing of Latin America: The Capacity to Adapt. In V. Montes de Oca Zavala (coord.) (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 15–21). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales,

UNAM.

- Hartelius, G. (2007). Quantitative somatic phenomenology: Toward an epistemology of subjective experience. *Journal of Consciousness Studies*. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0490-56>
- Herrera, M. S., & Fernández, M. B. (2013). ¿Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos con adultos mayores. In V. Montes de Oca Zavala (coord.) (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 271–300). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Hess, T. M. (2005). Memory and aging in context. *Psychological Bulletin*, 131, 383–406.
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2017). Ageing, dementia and the social mind: past, present and future perspectives. *Sociology of Health and Illness*, 39(2), 175–181. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12536>
- Higgs, P., & Jones, I. R. (2009). *Medical sociology and old age: towards a sociology of health in later life*. Routledge.
- Hockey, J. L., & James, A. (1993). Growing up and growing old: Ageing and dependency in the life course. Retrieved from https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=hockey+and+james+1993&btnG=&oq=hockey+and+james#d=gs_cit&p=&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A1oRT7mVI0e8J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. M. (2006). Seguridad económica y pobreza en la vejez: Tensiones, expresiones y desafíos para políticas. In *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Husserl, E. (1993). *La philosophie comme science rigoureuse*. Paris: Épipiméthée - Presses Universitaires de France.
- Husserl, E. (2005). *Meditaciones Cartesianas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Buenos Aires: Prometeo.
- Husserl, E. (2015). *La idea de la fenomenología: Cinco lecciones*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Inegi. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, 105. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- INEGI. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores. Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (Vol. 1). Aguascalientes.
- Instituto de Planeación y Geografía del Estado de Guanajuato [IPLANEG]. (2017). *1 de octubre: Día Internacional del Adulto Mayor: Entrando en el futuro: Aprovechar el talento, la contribución y la participación de los mayores*. Guanajuato. Retrieved from http://seieg.iplaneg.net/seieg/doc/DiaAdultoMayor_iatr_270917_1506720134.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. World Health Organization. <https://doi.org/304.601072>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Aguascalientes. Retrieved from http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018a). Natalidad y fecundidad. Retrieved April 23, 2018, from <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018b). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Retrieved May 2, 2018, from <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Iwamasa, G. Y., & Iwasaki, M. (2011). A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 261–278. <https://doi.org/10.1007/s10823-011-9147-9>.
- James, A., & Hockey, J. L. (2007). *Embodying health identities*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Juárez, F., & Gayet, C. (2015). Fertility Transition: Latin America and the Caribbean. In J. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second, pp. 68–72). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.31087-X>
- Karlsson, G. (2010). *Psychoanalysis in a New Light*. New York: Cambridge University Press.
- Katz, S. (2014). What Is Age Studies? *Age Culture Humanities*, 1, 17–23. Retrieved from <http://ageculturehumanities.org/WP/what-is-age-studies/>
- Kenyon, G., & Randall, W. (2007). Narrative and Aging. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 237–242). Oxford: Elsevier.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G. W., & Zárate, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Pearson.
- Klein, A. (2010). Nuevas formas de relacionamiento abuelos-nietos adolescentes desde los cambios demográficos-sociales actuales. *Psicología Revista de La Facultad de Psicología, San Pablo, Pontificia Universidade Católica de São Paulo*, 18(1), 1–25.
- Klein, A. (2013). Promesa extinguida o promesa en estado de fluido. Continuidades y discontinuidades de los adultos mayores hoy. In V. Montes de Oca Zavala (coord.) (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 95–114). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. *Desacatos*, 50, 156–169.
- Krause, N. (2004). Stressors Arising in Highly Valued Roles, Meaning in Life, and the Physical Health Status of Older Adults. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(5), S287–S297. Retrieved from ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15358804

- Larkin, M., Eatough, V., & Osborn, M. (2011). Interpretative phenomenological analysis and embodied, active, situated cognition. *Theory & Psychology, 21*(3), 318–337. <https://doi.org/10.1177/0959354310377544>
- Laslett, P. (1991). *A Fresh Map of Life*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Laslett, P. (1994). The third age, the fourth age and the future. *Ageing and Society, 14*(3), 436–447. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00001677>
- Lawler, E. J., Ridgeway, C., & Markovsky, B. (1993). Structural Social Psychology and the Micro-Macro Problem. *Sociological Theory, 11*(3), 268–290. <https://doi.org/10.2307/201971>
- Leavitt, J. (2007). Modernization and Aging. In E. Birren, James (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (pp. 221–228). Oxford: Elsevier.
- Leeson, G. W., & Harper, S. (2006). *The Global Ageing Survey (GLAS): Attitudes to ageing and later life*. Oxford. Retrieved from <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/56>
- Leeson, G. W., & Harper, S. (2007). *The Global Ageing Survey (GLAS): Ageing and later life: The Americas*. Oxford. Retrieved from <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/54>
- Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development: Table 1. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 111*(51), 18112–18115. <https://doi.org/10.1073/pnas.1420441111>
- Ley de los sistemas de ahorro para el retiro. (1996, May 23). Ley de los sistemas de ahorro para el retiro. *Diario Oficial de La Federación*.
- Lloyd, L. (2012). *Health and Care in Ageing Societies: A new international Approach*. Bristol: The Policy Press.
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., & Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and Quality of Life Outcomes*. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>
- Lutz, A., & Thompson, E. (2003). Neurophenomenology. *Journal of Consciousness Studies*. <https://doi.org/10.1023/A:1020320221083>
- Mannel, R. C., & Dupuis, S. (2007). Life Satisfaction. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged* (p. (tomo 2) 73-72). Oxford: Elsevier.
- Mannheim, K. (1993). El problema de las generaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 62*, 193–242.
- Marcoulatos, I. (2001). Merleau-Ponty and Bourdieu on Embodied Significance. *Journal for the Theory of Social Behavior, 31*(1).
- Marinas, J. M. (2004). *La ciudad y la esfinge. Contexto ético del psicoanálisis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martín Criado, E. (2009). Clases de edad / Generaciones. In R. Reyes (Dir.) (Ed.), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*. Madrid-

México: Plaza y Valdés.

- Martínez, S. C., & Leal, F. (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 17(3), 547–569. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40315130>
- Martorell-Poveda, M., Paz Reverol, C. L., Montes-Muñoz, M. J., Jiménez-Herrera, M. F., & Burjalés-Martí, M. D. (2010). Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. *Index de Enfermería*, 19(2–3), 106–110. Retrieved from ISSN 1699-5988
- May, T., & Powell, J. L. (2008). *Situating Social Theory*. New York: McGraw-Hill / Open University Press.
- Menon, U. (2001). Middle Adulthood in Cultural Perspective: The Imagined and the Experienced in Three Cultures. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of Midlife Development* (pp. 40–76). Massachusetts: John Wiley & Sons.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Merry, S. E. (2016). A World of Quantification. In *The Seductions of Quantification* (pp. 1–26). Chicago: The University of Chicago Press.
- Milbank, J. (2006). *Theology & Social Theory* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Miles, D. (2002). Should Monetary Policy be Different in a Greyer World? In *Ageing, Financial Markets and Monetary Policy* (pp. 243–276). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-04779-8_16
- Mills, C. W. (2000). *The Sociological Imagination*. Nueva York: Oxford University Press.
- Minois, G. (1989). *Historia de la vejez: de la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid: Nerea.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211–250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>
- Nettleton, S. (2006). “I just want permission to be ill”: Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science and Medicine*, 62, 1167–1178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.030>
- Nettleton, S. (2010). The Sociology of the Body. In W. C. Cockerham (Ed.) (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 47–69). New York: Wiley-Blackwell.
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015a). Social Determinants of Health. Retrieved March 30, 2015, from http://www.who.int/social_determinants/en

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015b). *World Report on Ageing and Health*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Día Internacional de las Personas de Edad, 1 de octubre. Retrieved April 19, 2018, from <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>
- Páez, D. (1992). *Teoría y método en psicología social*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. México: McGraw-Hill.
- Parsons, T. (1978). Health and disease: a sociological and action perspective. *Action Theory and the Human Condition*, 66–81.
- Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging"—how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211–216.
- Phillips, D. R. (1994). Does epidemiological transition have utility for health planners? *Social Science and Medicine*, 38(10). [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90269-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90269-0)
- Phillips, J., Ajrouch, K., & Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key Concepts in Social Gerontology*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 20(1), 7–14. <https://doi.org/10.14691/CPJ.20.1.7>
- Post, S. G. (2000). The concept of Alzheimer disease in a hypercognitive society. In P. Whitehouse & K. Maurer (Eds.) (Eds.), *Concepts of Alzheimer Disease: Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. (p. 245–256). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Powell, J. L. (2014). "You'll Never Walk Alone": Phenomenology and Ageing in Contemporary Culture. *International Letters Social Humanistic Sciences*, 16, 19–30. <https://doi.org/10.18052/www.scipress.com/ILSHS.27.19>
- Rawls, A. W. (1997). Durkheim's epistemology: The Initial Critique, 1915-1924. *The Sociological Quarterly*, 38(1), 111–145.
- Raymo, J. M. (2015). Second Demographic Transition. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* (pp. 346–348). <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.31083-2>
- Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *Psychologist*. <https://doi.org/Article>
- Reques Velasco, D. (2006). Transición epidemiológica, envejecimiento y territorio. In D. Crespo Santiago (ed.) (Ed.), *Biogerontología* (pp. 77–106). Santander: Universidad de Cantabria.

- Riley, M. W. (1971). Social gerontology and the age stratification of society. *The Gerontologist*, *11*, 79–87.
- Robertson, A. (1990). The politics of Alzheimer's disease: a case study in apocalyptic demography. *Int.J.Health Serv.*, *20*(0020-7314), 429–442. <https://doi.org/10.2190/C8AE-NYC1-2R98-MHP1>
- Robles Silva, L., Vázquez Palacios, F., Gómez Reyes, L., & Orozco Mares, I. (2006). *Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte / Plaza y Valdés.
- Román Macedo, A., Garay Villegas, S., & Montes de Oca Zavala, V. (2018). Cambios y permanencias en la población beneficiaria del Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor en Nuevo León 2004-2014. *Región y Sociedad*, *30*(72), 1–31. <https://doi.org/10.22198/rys.2018.72.a787>
- Sabido Ramos, O. (2012). *El cuerpo como recurso de sentido en la construcción del extraño: una perspectiva sociológica*. Madrid: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco / Sequitur.
- Sadkowska, A. M. (2016). *Arts-informed interpretative phenomenological analysis: understanding older men's experiences of ageing through the lens of fashion and clothing. Doctor of Philosophy Thesis*. Nottingham: Nottingham Trent University.
- Sadkowska, A. M., Wilde, D. J., & Fisher, T. (2015). Third Age Men's Experience of Fashion and Clothing: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Age Culture Humanities*, *2*(1), 35–69.
- Sánchez Salgado, C. D. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Sanders, C., Donovan, J., & Dieppe, P. (2002). The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: Co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00292>
- Schaie, K. W., & Willis, S. (2016). *Handbook of the Psychology of Aging. Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-01966-7>
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. La Plata: Universidad Nacional de la Plata.
- Schutz, A. (2003). *El problema de la realidad social: Escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schutz, A., & Luckmann, T. (2001). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). *Aging and mental health*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-mx/Aging+and+Mental+Health,+3rd+Edition-p-9781119133155>
- Sidorenko, A., & Walker, A. (2004). The Madrid International Plan of Action on Ageing: From conception to implementation. *Ageing and Society*, *24*(2), 147–165. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001661>

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Londres: SAGE.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, 53–80. <https://doi.org/10.1002/9780470776278.ch10>
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. *APA Handbook of Research Methods in Psychology, Vol 2: Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological*, 73–82. <https://doi.org/10.1037/13620-005>
- Stroebe, W. (2011). *Social Psychology and Health* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Sweeting, H., & Gilhooly, M. (1997). Dementia and the phenomenon of social death. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 93–117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00017.x>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & Devault, M. . (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource* (4th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Thoits, P. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1(suppl)), S41–S53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- Thomas, M., & Wardle, G. A. (2014). “I’m More Aware of the Body than Ever”: Old Adults’ Experiences of the Psychosocial Significance of Their Bodies. *Psychological Studies*, 59(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s12646-013-0208-8>
- Throop, C. J., & Murphy, K. M. (2002). Bourdieu and phenomenology: A critical assessment. *Anthropological Theory*, 2(2), 185–207.
- Tibbitts, C. (1963). Introduction. *Social Gerontology: Origin, Scope and Trends. International Social Science Journal*, 15(3), 339–450.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36, 69–89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>
- Timmermans, S., & Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01097.x>
- Timonen, V. (2016). *Beyond succesful and active ageing: A theory of model ageing*. Bristol: Policy Press.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Turner, B. S. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. *Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.4324/9780203214183>
- Turner, B. S. (2008). *The Body & Society: Explorations in Social Theory* (3°). Londres:

SAGE Publications Ltd.

- Twigg, J. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 59–73. <https://doi.org/10.1016/J.JAGING.2003.09.001>
- Twigg, J. (2013). *Fashion and age: Dress, the body and later life*. Londres: Bloomsbury Academic.
- Umberson, D., & Montez, J. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- United Nations International Economic. Departement of Social Affairs. (1956). *The aging of populations and its economic and social implications*. STO/SOA/Series A/26. *Population Studies* (Vol. 26).
- United Nations. (1983). *Vienna International Plan of Action on Aging*. New York. Retrieved from <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>
- United Nations. (2002a). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid. Retrieved from <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>
- United Nations. (2002b). *World Population Ageing 1950-2050*. *United Nations* (Vol. 26). Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:World+Population+Ageing+1950-2050#1>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2017a). *World Population Ageing 2017*. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. <https://doi.org/ST/ESA/SER.A/390>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2017b). World Population Prospects The 2017 Revision Key Findings and Advance Tables. *World Population Prospects The 2017*, 1–46. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Van Manen, M. (2017a). But Is It Phenomenology? *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Van Manen, M. (2017b). Phenomenology in Its Original Sense. *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732317699381>
- Varul, M. Z. (2010). Talcott parsons, the sick role and chronic illness. *Body and Society*, 16, 72–94. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77954628566&partnerID=40&md5=05453ba4114ebcc06d6c8b28ffe8f3b3>
- Wacquant, L. (1992). Toward a Social Praxeology: The Structure and Logic of Bourdieu's Sociology. In P. Bourdieu & L. Wacquant (Eds.), *An Invitation to Reflexive Sociology* (pp. 1–60). Chicago: University of Chicago Press.
- Wacquant, L. (2016). A concise genealogy and anatomy of habitus. *The Sociological Review*, 64, 64–72. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12356>
- Wandenfels, B. (1997). *De Husserl a Derrida: Introducción a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.

- Wautier, A. M. (2003). Para uma Sociologia da Experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet. *Sociologias*, 9, 174–214. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222003000100007>
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad: Esbozo de sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica - España.
- Wentzell, E. (2013). Aging respectably by rejecting medicalization: Mexican men's reasons for not using erectile dysfunction drugs. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(1), 3–22. <https://doi.org/10.1111/maq.12013>
- Williams, S. J. (2004). Beyond medicalization-healthicization? A rejoinder to Hislop and Arber. *Sociology of Health & Illness*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2004.00399.x>
- Williams, S. J., Coveney, C., & Gabe, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield. *Sociology of Health and Illness*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12576>
- Williams, S. J., Higgs, P., & Katz, S. (2012). Neuroculture, active ageing and the “older brain”: Problems, promises and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 34(1), 64–78. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01364.x>
- Wilmoth, J. M., & Ferraro, K. F. (2007). The Fountain of Gerontological Discovery. In J. M. Wilmoth & K. F. Ferraro (Eds.), *Gerontology: Perspectives and Issues* (pp. 3–12). New York: Springer Publishing Company.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista

Experiencias de retiro en la vida cotidiana en México: subjetividad, cuerpo y sociedad

Guía de entrevista

Parte uno: presentación, establecimiento de tono, consentimiento.

El entrevistador se presenta con la persona entrevistada y se aclaran los siguientes puntos:

- a) **Agradecer** la presencia y establecer que la entrevista es **voluntaria** y que se puede **desistir** en cualquier momento sin necesidad de aclarar motivos;
- b) Explicar que la entrevista es parte de un proyecto de investigación que pretende **recuperar las palabras** de **personas mayores** (utilizar ese término); expresar que el objetivo de la investigación es un esfuerzo por **dar a conocer** mejor la experiencia de la gente mayor;
- c) Solicitar el consentimiento para **grabar** la entrevista;
- d) Informar que el resultado será una **publicación escrita**. Expresar que la participación es **anónima**, por lo que los nombres comunicados, incluyendo el propio, serán modificados
- e) Comentar que se espera que la entrevista dure **alrededor de 1 hora** pero que existe apertura para una duración variable (por ejemplo, dividirla en dos días diferentes).
- f) Si no quiere contestar un tema o una pregunta puede elegir **no hacerlo**.

Parte dos: entrevista

Se inicia con una pregunta simple y amplia, intentando depositar los menos términos intencionados posibles (*viejo, vejez, tercera edad*, sustituyéndolos por descriptivos: *mayor, tener edad*). A partir de allí el entrevistador va revisando las categorías de la lista de cotejo, tejiendo la entrevista a la manera de una conversación regular.

Ejemplos de preguntas inaugurales:

1. ¿Qué significa ser... una persona mayor? Bueno... ¿usted se siente así?
2. ¿Cómo es para usted ir... teniendo edad?"
3. ¿De qué trata ser una persona que viene a un...centro gerontológico?

Lista de cotejo de categorías:

	Categoría	Explicación y conceptos	Indicadores o estímulos
1	Datos demográficos y generalidades	Se pretende esbozar las generalidades de la vida de la persona entrevistada.	Nombre, lugar de nacimiento, edad, condiciones de vivienda, escolaridad, estado civil
2	Retiro y seguridad económica	Se busca conocer la ocupación actual o previa y las circunstancias a su alrededor.	Si trabaja o si ha trabajado; qué tipo de ocupación tiene o tuvo; si recibe alguna pensión; cómo se mantiene; lugar de

		En su caso, explorar dependencias económicas (de ellos con otras personas o de otras personas con ellos) así como las expectativas que han construido al respecto.	trabajo; en su caso, qué extraña y qué no del trabajo. (Si se han retirado) ¿vivió usted el retiro principalmente como algo positivo o como algo negativo?
3	Relaciones familiares y sociales	Busca conocer un panorama general de la situación familiar. Se pretende recuperar también información sobre relaciones en las que pudieran aparecer temas de exclusión, dependencia. Conocer relaciones interpersonales y si estas se han afectado a partir de alguna experiencia relacionada con el envejecimiento, el cuerpo y la salud. Indagar en términos de jerarquías	Con quién vive; si tiene hijos, cuántos; cómo es su relación con las personas de su familia; historia del estado civil. Identificar las relaciones dependencia (si son los hijos o no..., si son más mujeres o no...); relaciones intergeneracionales. Si tiene amistades, desde cuándo las tiene; qué tipo de actividades realiza con otras personas; qué lugares frecuenta; qué personas y lugares ha dejado de frecuentar; cuáles ha comenzado a frecuentar.
4	Experiencia envejecimiento	Identificar los principales indicadores de la vejez. También se busca comprender si intentaron frenar el envejecimiento o retrasar sus efectos y a partir de qué circunstancias. Distinguir entre las etapas de vida y los estilos de vida. Cuál pesa más. Relación entre cronología y corporalidad. Si hay intereses que dejaron de gustarle y nuevos intereses a partir de la vejez. Conceptos: identidad encarnada (embodied identity), introyección de estereotipos edad subjetiva / edad cronológica	Explorar, si se perciben como viejos y a partir de qué momento fue esa experiencia; tanto en el nivel corporal como en otros aspectos que ellos expresen. Si hay rechazo al concepto que los otros tienen de la vejez o cómo son sus propios términos de envejecer. Preguntar si tienen algún problema con ser llamados viejos, mayores. Si intentó frenar el envejecimiento o retrasar sus efectos; por qué sí o no; en su caso, qué lo hace sentir joven o cómo expresa la juventud. Distinguir la edad cronológica. Qué piensa de la vejez; qué significa ser una persona mayor; ¿Hay alguna diferencia entre la manera en que los otros lo tratan (como viejo) y cómo se siente usted? Cuando usted era joven ¿qué pensaba sobre envejecer? ¿cómo cambió eso?
5	Experiencia del cuerpo; enfatizar salud y enfermedad	Se busca indagar en si las personas adultas mayores privilegian un entendimiento del cuerpo en función de su apariencia o capacidad instrumental. Averiguar también si aspectos de placer corporal han cambiado y en qué manera. A partir de recuperar una historia de salud se busca conocer los	Cómo se siente con su propio cuerpo; si nota algunas diferencias entre antes y ahora, cuáles; si platica sobre el cuerpo con sus conocidos y familiares; qué similitudes y diferencias tiene con persona de su misma edad y sexo; por qué cree que sean esas diferencias. Si padece o ha padecido alguna enfermedad, de qué tipo; qué síntomas y

		<p>significados asociados a los padecimientos y procedimientos. Relación de la salud y enfermedad con la identidad personal.</p>	<p>diagnósticos se asociaron; qué estrategias terapéuticas.</p> <p>Si acuden al doctor, a qué tipo; quién los acompaña; si tienen miedo de enfermar y cómo previenen la enfermedad.</p> <p>En su caso, cómo han incorporado la enfermedad en la identidad personal.</p> <p>Preguntar si es la muerte un tema recurrente en su pensamiento; si ello ha modificado su manera de experimentar la vida; si alguna vez.</p>
6	<p>División mente/cuerpo</p>	<p>Estudios previos han reportado que los relatos sobre la división entre mente y cuerpo aparecen como parte de estrategias de afrontamiento del deterioro corporal. Explorar pérdida de capacidades cognitivas, memoria, etc.</p> <p>Basado en los conceptos de Gerotranscendencia. El tema de privilegiar la mente, virtud moral y cívica, espiritualidad... para opacar el cuerpo</p>	<p>(Menos una pregunta que una sospecha) Indagar el tema si la persona entrevistada menciona los términos mente y cuerpo.</p>