

# VEJECES EN CONTEXTO



Gina Villagómez Valdés & Georgina Cárdenas Pérez  
Coordinadoras editoriales



## **VEJECES EN CONTEXTO**

---

**Gina Villagómez Valdés  
Georgina Cárdenas Pérez  
Coordinadoras Editoriales**

## VEJECES EN CONTEXTO

Coordinadoras editoriales:

D.R. © Gina Villagómez Valdés & Georgina Cárdenas  
Pérez



CONAHCYT Estancias Posdoctorales por México 2022(3)

Instituto Tecnológico de Conkal

Mujeres Investigadoras por la Ciencia Abierta MInCA

Universidad Autónoma de Yucatán

Primera edición: **Enero 2025**

**D.R. 2024 © Tecnológico Nacional de México**

Av. Universidad 1200, Col. Xoco, Ciudad de México,  
Alcaldía Benito Juárez C.P. 03330.

**Instituto Tecnológico de Conkal**

Avenida Tecnológico s/n, Conkal, Yucatán, México,  
C.P. 973453.

ISBN : 978-607-7912-55-2

Diseño editorial y de portada: Jorge Pinto

Fotos de portada: Cuido mis pasos. Guarda, Portugal, 2023

Fotos de portada e interiores: Gina Villagómez Valdés

Corrección de estilo: Dennise Díaz Pedroza

Esta obra es producto de investigaciones colectivas de las personas participantes y los capítulos han sido arbitrados bajo el sistema doble ciego por pares académicos. La coordinación de la obra colectiva se realizó como parte del proyecto “Autonomía en la vivienda y el barrio en la vejez. Una propuesta con visión de género”, aprobado por CONAHCYT en el marco de Estancias Posdoctorales por México 2022(3), con la clave 3656930.

Se autoriza la copia, impresión y descarga del presente material con fines divulgativos no comerciales ni de lucro, para el estudio e investigación participativa, docencia y desarrollo social, siempre que se reconozcan de forma adecuada los créditos institucionales y autorales como las fuentes y titulares de los derechos.





# VEJECES EN CONTEXTO

---

**Gina Villagómez Valdés**  
**Georgina Cárdenas Pérez**  
**Coordinadoras Editoriales**



## CONTENIDO

VEJECES EN CONTEXTO. UN RETO DE INVESTIGACIÓN Gina Villagómez Valdés Georgina Cárdenas Pérez	11
INVESTIGADORES SNII-CONAHCYT Y LA CREACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ Laureano Reyes Gómez	27
¿Y QUIÉN CUIDÓ A LAS CUIDADORAS? SISTEMA DE CUIDADOS REALIZADO POR MUJERES MAYORES QUE ESTUVIERON A CARGO DE FAMILIARES MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Araceli Dennise Díaz Pedroza	43
DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS CASAS DE CHANKOM, YUCATÁN Damaris Francis Estrella Castillo, Fany Gómez Durán, Héctor Rubio Zapata, Norma Pérez Herrera, Gloria Uicab Pool, Orlando Casares Contreras y Alina Marín Cárdenas	73
SER VIEJO O SER ENFERMO. LA CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA DE LAS PERSONAS ENVEJECIDAS A PARTIR DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Zoraida Ronzón Hernández	101
IDENTIDAD, ENVEJECIMIENTO Y ALZHEIMER DESDE LA FOTOTERAPIA Y LAS REMINISCENCIAS. REVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE MUJERES QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA EN BARCELONA, ESPAÑA Patricia Pinto Aguilar	119

EXPERIENCIAS DE ENVEJECIMIENTO VIVIENDO CON VIH EN EL VALLE DE MÉXICO Andrés Méndez Palacios Macedo, Zoraida Ronzón Hernández, Bernardo A. Robles Aguirre y Carmen G. Ortega Almazán	161
LA UNIVERSIDAD DE LOS MAYORES UADY: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIAS Gladys Julieta Guerrero Walker y Ricardo Torres Lara	193
ENVEJECER EN CUBA. RETOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Teresa Orosa Fraiz y María del Carmen Zabala Arguelles	215
EL SOLAR O TRASPATIO COMO PARTE DE LAS ESTRATEGIAS DE VIDA DE PERSONAS MAYORES EN EL SUR DE YUCATÁN Lucila de Lourdes Salazar Barrientos	241

# **SER VIEJO O SER ENFERMO. LA CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA DE LAS PERSONAS ENVEJECIDAS A PARTIR DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

Zoraida Ronzón Hernández

## Introducción

Este trabajo parte de la observación de la relación médico-paciente y evidencia que la forma en que la persona mayor asume su vejez está mediada por la interacción que sostiene con el personal de salud con el que trata desde la relación discursiva, de modo que contribuye a una concepción negativa de la vejez llena de carencias, enfermedades y pérdidas, provocando una calidad de vida en descenso. La dinámica sociocultural que se desarrolla a su vez tiene particularidades nunca antes vistas, tal es el caso del envejecimiento demográfico, de manera que se llegará a un punto en el que seremos más personas mayores de 60 años que jóvenes (proporcionalmente), de ahí la necesidad de que la antropología observe la forma en que se asume la vejez del sujeto, por lo que es necesario observar la relación médico-paciente y su trascendencia en la forma en que se construye al sujeto como persona mayor.

El acto lingüístico es objeto de análisis para evidenciar lo que los sujetos de estudio (población envejecida y personal de salud) dicen sobre la vejez, en tanto afecta la identidad de la persona adulta mayor de 60 años que la lleva a asumirse como enferma y no como persona mayor. Finalmente, se propone la adecuada formación del personal de salud con relación al concepto de vejez y de las personas mayores, además de algunas alternativas desde la antropología, que generen una mejor calidad de vida.

Si bien la vejez, como línea de investigación, aún no se ha desarrollado suficientemente en las ciencias sociales y las humanidades, cada día cobra más fuerza entre los sociólogos y antropólogos. Para quienes ha tenido gran relevancia desde hace ya varias décadas es para los demógrafos y sociodemógrafos, quienes han contemplado este tema a partir de diferentes aristas, empezando por verla como consecuencia de la transición demográfica, lo cual, innegablemente, ha focalizado el problema de investigación. Asimismo, las ciencias de la salud han abordado este tema, pero desde una perspectiva gerontológica y epidemiológica, mismas que han llevado a la observación de las enfermedades que este grupo

etario puede desarrollar.

El proceso de la transición demográfica en México se inició en la década de los treinta con el descenso progresivo de la mortalidad y cobró mayor fuerza cuando, después, para la mitad de la década de los sesenta, bajó la fecundidad (Tuirán, 1999, p. 17); iniciando así los acelerados cambios en la distribución de la pirámide poblacional. Mientras que en 1930 la vida media para los mexicanos era de 36.2 años, pasó en 1998, a 74.7 años (Partida, 1999, p. 29). De esta manera, se concibe que México hoy vive un envejecimiento demográfico, el cual consiste en el cambio de la estructura de la pirámide poblacional, donde la base se hace angosta y la cima, se ensancha, como representación de menos nacimientos y la longevidad de la población.

Si bien los estudios sobre vejez y envejecimiento tomaron fuerza a principios del siglo XXI, y en un principio fue poco el interés en la temática, cada vez se trabaja más en esta área, debido a la importancia del hecho demográfico que implica a nivel global y las consecuencias que conlleva a nivel político, económico, social y cultural. Esto ha suscitado interés por abordar el tema desde la sociología, la antropología y la demografía; sin embargo, desde la perspectiva del análisis del lenguaje no ha sido considerado con la trascendencia que debería. En el campo del análisis del discurso no existe ningún texto que evite claramente el análisis de la persona mayor, lo más cercano al análisis del lenguaje es la distinción entre las diferentes formas de concebir a la persona mayor (Zetina, 1999), vejez, senectud, adulto mayor, longevidad, senilidad, etc.; no obstante, nada de esto lo realizan especialistas en análisis del lenguaje, por lo que no se observan contextos de uso de conceptos y solo se ha analizado cómo ha sido su manejo político, social o cultural.

La importancia de este trabajo radica en que es un esfuerzo por analizar la forma en que se asume la vejez de las personas de 60 años y más en relación con su estado de salud, así como demostrar la importancia de la relación entre la persona mayor-personal de salud en la construcción de sí misma como persona anciana. El trabajo parte de preguntas de investigación que se generaron en el trabajo de campo: ¿Cómo contribuye el personal de salud a que el sujeto asuma una vejez positiva o negativa? y ¿cómo es el sujeto de más de 60 años, en relación con su estado de salud, como persona mayor o como enfermo? Por lo tanto, espera contribuir a una de las preocupaciones más importantes en los estudios de la vejez: la formación de recursos para el cuidado, la atención, la investigación y el mantenimiento de la calidad de vida en la vejez, en este caso,

los recursos humanos.

La intención es mostrar que la interacción del personal de salud y la persona mayor, entendida como un acto lingüístico, es objeto de análisis para evidenciar que lo que los sujetos de estudio (la población envejecida y los miembros del personal de salud) dicen sobre la vejez, afecta la identidad de las personas de 60 años y más que los lleva a asumirse como enfermos más que como personas mayores. De esta forma, la investigación se centra en “el acto lingüístico que consta de tres aspectos: locución, ilocución y perlocución” (Ricci y Zani, 1992, p. 115).

Se aborda el fenómeno desde la antropología y, en particular, desde dos ramas de la disciplina: los estudios del lenguaje y la antropología médica. Dentro de los estudios de antropología médica, muchos se han dedicado a la observación de las prácticas en torno al cuidado de la salud en diferentes culturas; no obstante, la dinámica sociocultural que se desarrolla en la misma época tiene particularidades nunca vistas, tal es el caso del envejecimiento de la población, es decir, el proceso en el que la sociedad paulatinamente envejecerá y llegará a un punto en que seremos más personas de 60 años que jóvenes (proporcionalmente), de ahí la necesidad de que la antropología observe la forma en que el sujeto se asume como persona mayor y también cómo subjetiviza su proceso salud-enfermedad-cuidado en el envejecimiento.

Por lo tanto, como objetivos se propone:

- Analizar la forma en que se asume la vejez de las personas de 60 años y más en relación con su estado de salud.
- Discernir entre la construcción del sujeto de sí mismo como enfermo y/o como persona mayor.
- Analizar la relación entre la persona mayor y el personal de salud, de modo que la injerencia de este último en la subjetivación del sufrimiento a través de la relación discursiva que surge en la consulta médica.
- Proponer alternativas de atención.

Los estudios del lenguaje, desde la antropología, ofrecen “descubrir patrones interactivos que revelan visiones del mundo y formas de relacionarse entre los individuos como seres sociales” (Tusón, 1998, p. 8), por lo que conducirá al análisis del discurso, y si “la palabra vaga discurso... puede designar tanto el lenguaje, como el proceso o discurso, es decir, el habla, tanto un enunciado

separado como toda una serie indeterminada de enunciados, así como todo un género discursivo” (Bajtín, 1997, p. 259); es entonces que no podemos deslindar el discurso de todo su contexto de enunciación. En este caso, los contextos de generación discursiva son las consultas médicas que conllevan una evaluación de la persona mayor, un diagnóstico y una prescripción.

Metodológicamente, el trabajo se realizó de forma cualitativa con etnografía, narraciones autobiográficas, observación y registro de discursos producidos a través de entrevistas abiertas (59) en la ciudad de México y en el Estado de México con la finalidad de desarrollar Teoría Fundamentada para el análisis de la realidad en cuestión. El criterio de inclusión principal para la búsqueda de informantes fue encontrar hombres y mujeres mayores de 60 años que tuvieran al menos una enfermedad.

## El enfoque teórico conceptual de la investigación

### *Identidad en la vejez*

Este trabajo concibe a la persona mayor como categoría sociocultural y biológica. Biológica porque implica un proceso de cambios fisiológico innegables, y como lo define la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (de ahora en adelante la Convención), el envejecimiento se define como “procesos gradual que se desarrolla durante el curso de vida que conlleva cambios, físicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio “(2015, p. 4), y de esta misma manera, la Convención, define a una Persona Mayor como “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (2015, p. 4).

Estas categorías, cabe resaltar, no responden solamente a una construcción o definición institucional, sino que son reflejo de la manera en que se considera como población envejecida o personas mayores a quienes tienen más de 60 años dentro de la realidad social, pues este punto de la vida generalmente ha sido tomado como un marcador de la vejez en la cultura popular mexicana, como un parteaguas entre lo que se considera una persona adulta y una persona mayor o anciana, es decir, como una categoría sociocultural. Incluso “la Primera Asamblea

Mundial sobre el Envejecimiento adoptó a la población de más de 60 años como principal centro de interés” (Shultz 1992, p. 12) social y culturalmente porque a las personas que llegan a esta edad se les atribuyen características especiales (Ronzón, 2014).

A partir de estas categorías se construye su identidad, de modo que el discurso de las personas mayores no se observa en sí mismo, sino que abre los ojos al contexto sociocultural relevante, en este caso: el personal de salud que interactúa como primer medio en el que se legitima el concepto de viejo, que es reflejo del momento histórico social que nos ha tocado vivir y con lo que estamos envejeciendo, pues nos encontramos actualmente, en lo que considera Friedman (2001), ante una crisis donde algunos aspectos parecen totalmente opuestos (el posmodernismo y el tradicionalismo) y que nos lleva a cuestionar, incluso, quiénes somos. En este sentido como afirma Friedman (2001, p. 131):

Es posible conceptualizar la identidad civilizada como un repertorio o estructura de comportamiento, modales, reglas e ideas que definen las propiedades de un centro por oposición a una periferia, temporal y/o espacial, que presenta un carácter más «primordial». La especificidad de la cultura civilizada radica en su formalidad y abstracción: la existencia de un sistema de roles, contratos, salarios, mercados o puestos burocráticos, definidos de manera impersonal.

Así, la manera en que se construye la identidad en la vejez dependería directamente del enfoque formal que le ofrece la mirada médica. Si bien, la búsqueda teórica lleva a encontrar algunos artículos que hacen referencia a la formación de la identidad de este grupo poblacional, donde los textos presentan una variedad de características que construyen la identidad las personas adultas mayores en la sociedad a través de construcciones socioculturales, la particularidad de este trabajo es que toma como base el discurso que en la práctica reproduce el personal de salud, sean médicos, enfermeras, odontólogos y todo el personal involucrado en el proceso salud-enfermedad-atención de la persona mayor de 60 años.

Es entonces que para observar la forma en que se construye la identidad, la antropología lingüística ofreció elementos para realizar el análisis, pues su especificidad radica en:

- El reconocimiento de la relación entre lengua y cultura, ya que las lenguas son construidas y utilizadas por determinados los grupos humanos, para que estas lenguas sean portadoras y transmisoras de la cultura de los grupos humanos organizados. Las lenguas son entonces “parte y transmisoras de la cultura” (Tusón, 1998, p. 8). Es entonces cuando se observa el lenguaje como un elemento cultural que se pone en práctica por medio del habla. El lenguaje “...es una herramienta que permite al investigador social adentrarse en la vida cotidiana de las sociedades” (Duranti, 1998, p. 13).
- La cultura se expresa a través del lenguaje y es a través de este que se construye la cultura, teniendo una relación dialógica. Para la antropología cultural esta relación es fundamental porque la “cultura no puede entenderse por un lado y el lenguaje por otro, sino que deben concebirse como construcciones interrelacionadas” (Jakobson, 1974, p. 10-12). Entonces, la cultura de la vejez se construye a partir del lenguaje que utilizamos en torno a esta etapa y dentro del proceso salud-enfermedad-atención.

Sin embargo, existen diferentes puntos de vista para observar la vejez y el envejecimiento como tema de investigación, entre los que encontraremos el desarrollo socioeconómico, sociocultural, psicológico y humano, y por supuesto, el demográfico (Roncón, 2010); no obstante, el fenómeno es observado de manera independiente, es decir, como construcción sociocultural, como grupo de edad, como grupo social con particularidades psicológicas e incluso dentro de un grupo social específico como la familia, grupos de apoyo, o grupos de trabajo o recreación, pero es necesario prestar atención a la dinámica de la persona mayor en su proceso salud-enfermedad-atención, pues es importante señalar que:

El discurso de los otros tiene una expresividad dual: el del otro, y la expresividad del enunciado que acoge el discurso de los otros. El enunciado (...), se convierte en un fenómeno complejísimo que manifiesta una multiplicidad de ideas y planes (...) debemos analizarlo no aisladamente y no sólo en su relación con el autor (el hablante) sino como un eslabón en la cadena de la comunicación discursiva y en su nexos con otros enunciados relacionados con

él (Bajtín, 1997, p. 283).

Es decir, mediante este proceso, se observa la forma en que el sujeto persona mayor subjetiviza el discurso que produce el personal de salud en torno a la vejez. En cuanto al proceso salud-enfermedad-atención, se conceptualiza no solo como el período en que el sujeto desarrolla una enfermedad, la atiende y la cura, sino que involucra las diferentes formas en que una persona entiende su enfermedad/salud, enfermedad/padecimiento, y cómo reconocerlos y buscar alternativas para su atención.

Desde las ciencias médicas, el envejecimiento (quizá no la vejez, en los términos que la se ha entendido en este documento) ha sido objeto de investigación desde hace más de tres décadas; para 2005, Casanueva, después de hacer un breve diagnóstico sobre el estado de salud de las Personas Mayores con datos de la Encuesta SABE 1999-2000, afirmaba que de ahí:

Se desprende que existe una demanda creciente de servicios de atención incluidos los relacionados con la salud y la alimentación. Para brindar contender con esta demanda el Programa de Acción y Atención al Envejecimiento (2001-2006) ha generado múltiples estrategias de atención, pero desafortunadamente, la mayoría de ellas conciben al anciano como una persona con capacidades disminuidas a quien hay que atender y proteger. Si bien es cierto que un porcentaje no despreciable de ancianos se encuentran en esta condición, es importante establecer que ni todas las personas de la tercera edad son discapacitados, ni todos los discapacitados tienen afectadas la totalidad de sus funciones biopsicosociales, de hecho, el 30% de los ancianos evaluados en la Encuesta SABE refirió su salud como buena, muy buena o excelente. Por lo que constituyen un ejemplo viviente de la capacidad de un individuo para enfrentar la adversidad exitosamente (Casanueva, 2005, p. 3).

A dieciocho años de que Casanueva (2005) hiciera esta afirmación, el enfoque biomédico no ha dejado de estar muy apartado, pues si bien existen diferentes acciones, planes, incluso cartas de derechos que buscan hacer énfasis en que las Personas Mayores deben ser tratadas con dignidad y respeto, la visión de la

enfermedad y no de la persona envejecida, es la que prevalece en la consulta médica, y en el mejor de los casos, la paternalista que busca hacerse cargo de “nuestros” viejos.

Ahora bien, el hecho social de observación para este trabajo se centra en la consulta médica, en la dinámica y la interacción que se lleva a cabo en lo que Vargas (2004) define como:

La forma particular de la relación médico–paciente que se establece entre una persona quien presenta un problema de salud y otra que, real o supuestamente, se encuentra capacitada para resolverlo y que para ello cuenta con el respaldo social para desempeñar dicha función. El propósito manifiesto de la consulta es solucionar dicho problema de salud (p. 253).

La primera observación que debemos hacer a tal definición es que, en esa relación, la persona (entendida como el paciente) que acude a servicios de atención médica, lleva sus problemas de salud a la consulta, lo que puede implicar poner su vida en la persona que tiene, o debe tener no solo los conocimientos, sino las capacidades para atender y buscar resolver los problemas de salud. Esto, quizás, es lo que menos tiene consciente el personal médico en consulta.

Vargas (2004) hace especial énfasis en que la biomedicina debe considerar una serie de aspectos en la consulta médica que van mucho más allá que la mera interacción para el diagnóstico, en donde debe tenerse en cuenta la trayectoria del paciente, la familiaridad que tiene la persona con su cuerpo, la biografía de la persona (entendida como la manera en que cada persona ha “andado por el mundo”), el ambiente en el que ha interactuado la persona, el capital económico del que dispone, el capital cultural con el que cuenta para incluso entender su salud/enfermedad; su capital social, evidenciado a través de las redes que ha construido y mantiene la persona; y por último, el capital simbólico, que según el autor:

Es apreciable de dos maneras complementarias. La primera es la manera simbólica como los demás perciben a cada persona, y la segunda el valor simbólico que la persona otorga a la totalidad de su mundo. De esta manera se implica al mundo de los valores y las vivencias subjetivas (p. 256).

Es entonces que estas variables otorgan una visión integral para observar la problemática planteada en torno a la construcción de la identidad en la vejez a partir del discurso del personal de salud.

## El dato etnográfico del contexto en las instituciones públicas de México en torno a la vejez

Para realizar la investigación se llevó a cabo una etnografía de diferentes lugares, instituciones y/o espacios donde las personas mayores de 60 años tienen derecho a la atención de sus enfermedades o acceso a un servicio de seguridad social. Esto se realizó en una clínica del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado), una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), delegaciones oficiales y grupos del INAPAM (Instituto Nacional del para las Personas Adultas Mayores). De esta manera, se entrevistaron a funcionarios públicos, médicos de clínica, geriatras y representantes de organismos gubernamentales. En estos grupos se realizan diferentes actividades, desde clases de pintura, telas para ropa, colchas, alfabetización para adultos mayores que no saben leer ni escribir, etc., hasta la organización de una cooperativa que les dé empleo y no solo entretenimiento.

En la clínica del ISSSTE no existen actividades específicas para adultos mayores, pero el único grupo estructurado en la institución es el dirigido a personas diabéticas e hipertensas donde acude la mayoría de los adultos mayores. Es decir, la vejez está directamente relacionada con las enfermedades. La única función de la clínica para adultos mayores se restringe a la atención geriátrica diaria, ya que en el centro cultural del ISSSTE se realizan otras actividades como fisioterapias, clases o actividades recreativas que no están dirigidas específicamente a este grupo etario.

En esta clínica hay un cartel a la entrada donde dice que es “*unidad amiga de la mujer la familia y el adulto mayor*”, a lo que la trabajadora social agrega que es debido a que se da prioridad a estos grupos; sin embargo, la asistencia a las personas mayores se limita, según el geriatra de la clínica, y la enfermera geriátrica, al cuidado de la persona mayor y su sufrimiento en general. En el interior de la clínica se pueden ver dos pizarras con información para personas mayores, fomentando una vida activa en esta etapa y que comienza “*Vejez: cosa de todos. Mañana todos envejeceremos*”.

El puesto de salud es otro lugar de encuentro de las personas mayores, pues en este espacio se reúne dos veces por semana un grupo del INAPAM que tiene aproximadamente 50 personas mayores registradas que asisten a clases de diferentes oficios. Es un grupo bastante masificado con más de diez años de existencia; organizan reuniones para celebrar el 14 de febrero, los días festivos, etc., en los horarios en los que habitualmente asisten a su trabajo.

## Una etnografía de la interacción médico-paciente

Cuando don Amaro, de 72 años, ingresó a su consultorio de medicina familiar en la clínica del sector público donde tiene seguro social, su principal temor era que el médico insistiera en que es diabético, diagnóstico que le dio desde hace más de cinco años, pero que Don Amaro se niega a aceptar.

La dinámica en la consulta es bastante mecánica. El médico se dedicó, la mayor parte del tiempo, a escribir en su vieja máquina, desde que don Amaro entró al consultorio. El médico tomó el expediente mientras introducía una hoja y procedía con el interrogatorio. El médico pregunta sobre síntomas, mientras Don Amaro, que va con su hija, responde serio, al tiempo que el médico insiste en que tiene que cuidarse ya que su enfermedad (diabetes) es crónica degenerativa. Le explica que, si no la controla, tendrá graves consecuencias que pueden ir desde la hipertensión hasta la insuficiencia renal. Le prescribe medicamentos de control y le indica que debe volver en dos meses para el seguimiento.

Cuando Don Amaro y su hija salen de la consulta, él está molesto, su paso lento, pero firme, acompaña su rostro serio. Dice que está molesto porque lo tratan como a un niño, como a alguien que no sabe cuidarse, y el médico y la enfermera insisten en decirle todo lo que ya no puede hacer, comer, probar o incluso pensar, repite enfadado don Amaro: “No pienses en cosas que no debo hacer, como comer dulces, tortas o cosas dulces. No trates de hacer cosas de cuando era joven, porque no lo soy. Que me tengo que cuidar”. A esto se unen las actitudes que tienen los médicos y enfermeras en la consulta, porque le hablan a Don Amaro de manera infantil o minimizada, se refieren a él como un abuelo, o simplemente le dicen “ya estás grande para esas cosas”. Todas estas interacciones hacen que Don Amaro se moleste cada vez más.

## La subjetivación de la enfermedad en la vejez

Cabe aclarar que los discursos que se presentan a continuación, no son solo discursos oficiales o gubernamentales elaborados institucionalmente, ya que las instituciones de salud tienen conceptos de vejez y envejecimiento, sino que también son aquellos contruidos por los propios individuos, desde donde transmiten sus ideas, conocimientos y sentimientos, para que los discursos oficiales puedan ser referidos por los individuos, ya que socialmente, son parte de su cultura, y esta se transmite a través del lenguaje, el habla.

Cuando el personal de salud interactúa con la persona (el paciente), lo hace de una forma que no contempla el impacto que tendrá sobre él, como dice Cortés (1997), cuando una persona visita al médico le pide tres cosas: diagnóstico, prescripción y cura, es aquí donde surgen una serie de conflictos para el sujeto, pues si el diagnóstico implica una enfermedad, se espera una cura, pero si es vejez, entonces, no habrá cura. Es entonces cuando el personal de salud debe contribuir a una mejor subjetivación de la salud/enfermedad; establecer una tipología de la diferenciación de patologías por parte del sujeto desde su subjetividad, para que la persona perciba que la vejez es un proceso natural que debe ser atendido, pero que no involucra enfermedades. En el fragmento discursivo se observa que aceptar las enfermedades desde un discurso médico implica envejecer, pues Don Amaro, respecto a sus enfermedades dice:

¡Mmm! porque el médico dice que soy diabético, pero no, no es verdad, me siento bien, me dice el médico que tengo que tener menos de 120 de azúcar, y no, lo tomo, tengo mi dispositivo, yo siempre ando en 140-150, y si bajo me siento mal, entonces, como un dulce y me siento mejor.

La señora Cony (64 años) contesta el saludo-pregunta *¿cómo estás?*:

- Pues ya que te puedo decir, aquí pasándola... porque me dijo el médico que tengo diabetes, así que de aquí para abajo. Dicen que no se quita.
- - ¿Y qué dice el doctor?  
Pues eso no se quita, pero tengo que controlar, pero me siento mal, y le digo al doctor, pero dice que es normal, porque qué hace uno, me cayeron los años ya.

La señora Eli (66 años) responde a la pregunta: *¿se siente usted vieja:*

¿Vieja? La verdad no, yo no me siento vieja, no tengo enfermedades, de veras, así como me ves, no estoy enferma de nada, no tengo achaques de viejita. Viejitas esas que ya les cuesta caminar y así, yo no, yo ando de aquí pa'llá todavía.

La señora Lau (70 años) comenta sobre su consulta de rutina:

La enfermera se quedó muy asombrada conmigo, me dijo: 'usted todavía está fuerte, ni parece de su edad', y le pregunté por qué y me dijo que, porque no tengo aguados los brazos, ¿tú crees? Eso me dijo, yo nada más le contesté: pues no tengo por qué tenerlos aguados, por eso hago ejercicio. Yo creo que esperaba verme toda aguada.

Es entonces que cuando nos referimos a la vejez como una etapa de la vida llena de enfermedades, lo que el sujeto subjetiviza es que la vejez es sinónimo de enfermedades. La forma en que los profesionales de la salud conciben la vejez responde a su formación profesional y a la forma en que su disciplina categoriza esta etapa de la vida. Los estudios que observan el envejecimiento desde sus características biológicas, como es el caso de la medicina y disciplinas afines, se centran en los cambios físicos y psíquicos que sufre la población anciana como consecuencia del paso del tiempo, las enfermedades crónico-degenerativas. La vejez es vista como la etapa que culmina en un proceso degenerativo natural del cuerpo humano, y si bien es posible que así sea, no implica que sea la peor etapa de la vida o que esté irremediamente en decadencia.

## Discusión

Este trabajo parte de la observación de la relación médico-paciente, y evidencia que la manera en la que una persona envejecida asume su vejez está mediada por la interacción que sostiene con el personal de salud con el que trata a partir de la relación discursiva. Esta situación contribuye a un concepto negativo de la vejez, lleno de carencias, enfermedades y pérdidas, provocando una calidad de vida en bajada. La consulta médica se vuelve el acto lingüístico analizable para

evidenciar lo que dicen o no los sujetos de estudio (la población envejecida y los miembros del personal de salud) acerca de la vejez, ya que incide en la identidad de la persona de más de 60 años que los lleva a asumirse como enfermos antes que como una persona envejecida.

Hay que tener en cuenta que hacer estudios del lenguaje no es fácil, ya que el lenguaje tiene la particularidad de que “puesto en acción, vuelve a sí mismo y a sus formas de operar” (Carbó, 1996, p. 23), por lo que los individuos hablantes que utilizan el lenguaje para comunicar no son entidades inertes que realizan enunciaciones sin consecuencias, ni implicaciones socioculturales, sino que están inmersas en una acción constante que provoca reacciones en la escucha. El lenguaje es, consciente o inconscientemente, cómo forjamos nuestra realidad, a través del cual asimilamos nuestra realidad, ordenamos nuestra cosmovisión.

Es en el lenguaje donde organizamos nuestra vida, es a través del lenguaje que comprendemos las relaciones sociales y los espacios en los que se desarrolla la vida social, política y económica individual y colectivamente. Es, así, “el bagaje conceptual con el que nos autodefinimos, con el que nos construimos como individuos y nos diferenciamos de los demás” (Carbó, 1996, p. 73), de la alteridad en un término antropológico.

Cortés (1997) se refiere a esto, cuando dice que el paciente se reconoce en el discurso del médico, donde se asume que está enfermo a partir del reconocimiento del médico como tal. El otro, que lo reconoce, es el médico. Así, en el proceso salud-enfermedad-atención, el sujeto visita al médico no porque sea persona mayor, sino porque no está sano, no se considera sano, y lo que sucederá en esa interacción, será que la persona anciana se asumirá como enfermo en lugar de como viejo.

La construcción del yo como sujeto, es decir, la forma en que el sujeto se reconoce como viejo y/o enfermo, depende de cuatro cosas que tienen distintos agentes:

- ¿Cómo me reconozco? (identidad)
- ¿Cómo me siento? (Percepción subjetiva)
- ¿Cómo me tratas? (Social-familia, grupo social)
- ¿Cómo me hacen sentir? (personal sanitario).

Es a partir de estos cuatro elementos que el sujeto persona mayor se construirá a sí mismo, ya que el personal de salud legitima la forma en que lo siente, lo

percibe y lo trata; esta legitimación se hace a través del lenguaje, ya que el lenguaje principal, según diferentes autores, es comunicar, transmitir ideas, formas de pensar, ideologías, costumbres, etc., entendiendo que “la lengua, y por tanto el discurso, es un instrumento de dos vías: un instrumento para un hablante y para un oyente” (Renkema, 1999, p. 21).

## Conclusiones

De esta forma, el personal de salud debe tener formación para reconocer su injerencia dentro de la construcción identitaria de las personas adultas mayores, por lo que la propuesta entonces es que el discurso del personal de salud contribuya a:

- a) La integración del paciente consigo mismo. Se refiere a la forma en que el personal de salud debe enfatizar la consulta en la forma que la persona mayor de 60 años se encuentra en una etapa diferente de su vida, donde ha pasado por diferentes momentos como la infancia, la adolescencia, la edad adulta y ahora la vejez, así como las anteriores, esta tendrá sus particularidades, y que la característica más importante es que puede ser la etapa más larga de su vida.
- b) Evidenciar que la vejez no es sinónimo de enfermedad. Distinguir enfáticamente que si bien es innegable el cambio físico que se experimenta en la vejez, ello no implica que necesariamente se desarrollen enfermedades crónico-degenerativas y/o terminales, y que la vejez se puede vivir de forma sana, como otras etapas de la vida.
- c) Proceso biológico natural. El personal de salud tiene la capacidad de brindar al paciente la información necesaria para demostrar que el cuerpo humano es una entidad primordialmente biológica, y como tal tiene un proceso de desarrollo que no implica incapacidad y/o dependencia ineludible.
- d) Apropiación del saber médico por parte del sujeto. La comunicación efectiva como herramienta principal en la interacción médico-paciente debe ser una prioridad en las instituciones de salud, donde el paciente sea visto como una persona y no como un sujeto antiguo.
- e) Concienciación del paciente sobre la necesidad del cuidado de sus enfermedades, así como de su proceso de envejecimiento.

La culminación de los puntos anteriores debe conducir a un desenlace inevitable, que las personas mayores asuman y entiendan el proceso como algo natural y no como una enfermedad. En resumen, se evidencia que la forma en que la persona mayor asume tanto su vejez, como su estado de salud (enfermedades o padecimientos), está mediada en gran medida por la interacción que sostiene con el personal de salud con el que trata, por lo que se proponen algunas alternativas que generan una mejor subjetivación del sujeto durante su proceso de envejecimiento, así como en su proceso de salud-enfermedad-cuidado.

El objetivo final de cualquier trabajo de investigación debe ser contribuir a una mejor calidad de vida en la vejez, por lo que las propuestas son:

- Concienciación del personal médico sobre su papel en una relación asimétrica con la persona mayor.
- Enfoque de sensibilización para el personal de salud del hospital (cursos, seminarios, talleres).
- Integración del paciente consigo mismo.
- Vejez  $\neq$  enfermedad.
- Proceso biológico natural.
- Apropiación del saber médico por parte del sujeto.
- Concientización del paciente sobre la necesidad del cuidado de sus enfermedades, así como de su proceso de envejecimiento.

Se puede concluir que la relación que se establece entre el personal de salud permea directamente la forma en que el sujeto persona mayor asume dos cosas: el proceso salud-enfermedad-cuidado, y su proceso de envejecimiento, por lo que la interacción médico-paciente, paciente-enfermera, debe contar con herramientas que le permitan intervenir directa y beneficiosamente.

## Referencias

- Bajtin, M.M. (1997). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Calsamiglia Blancafort, H. y Tusón Valls, A. (1999). Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso. Ariel Lingüística.
- Campos Navarro, R. (Comp.). (1992). *La Antropología Médica en México*. México: IM-UAM, tomo 1 y 2.
- Carbó, T. (1996). *El discurso parlamentario mexicano entre 1920 y 1950. Un estudio de caso en metodología de análisis de discurso*. CIESAS. México:El Colegio de México.
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura, *Nueva antropología. Revista de ciencias sociales*. vol. XVI, núm. 53, agosto, 1997, pp. 89-115, Asociación Nueva Antropología A.C.
- Duranti, A. (1998). *Antropología Lingüística*, Cambridge: University Press.
- Jakobson, R. (1981). Ensayos de lingüística general. Seix Barral. Biblioteca Breve.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* Año 4, número 7. Universidad Autónoma Metropolitana. 71-83.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En E. Menéndez *La Antropología Médica en México*. IM-UAM, pp. 97-115. tomo 1.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Proyecto de resolución. AG.
- Renkema, J. (1998) *Introducción a los estudios sobre el discurso*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Ricci, P. y B. Zani (1990). *La comunicación como proceso social*. México: Grijalbo/CNCA. Col. Los noventa.
- Ronzón Hernández, Z. (2010). La percepción subjetiva de la vejez en la vida cotidiana. En Montoya Arce, J. (Ed) *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el Estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ronzón Hernández, Z. (2014). El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional. En Verónica Montes de Oca, coordinadora. *Vejez, Salud y Sociedad en México*. México: UNAM.

- Schultz, J. H. (1992). *El envejecimiento de la población mundial: informe sobre la situación en 1991*. México: El Colegio de México.
- Tusón Valls, A. (1998). Prólogo a la edición española. En A. Duranti *Antropología Lingüística*. (p.2-6) Cambridge University Press.
- Vargas, L. A. (2004). Perspectiva Antropológica de la Consulta Médica, entre la Ciencia y el Arte de la Medicina. En V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe, pp. 253-267.



*Al amanecer.*  
Venecia, Italia, 2023  
Foto: Gina Villagómez