

DOSSIER

Vejece periféricas. Envejecimiento, discapacidad y ruralidad

Angélica Rodríguez Abad | Universidad Autónoma de Tlaxcala, México
arodrigueza_fcdh@uatx.mx

Claudia Berenice Mendoza Ramírez | Universidad Autónoma de Tlaxcala, México
cbmendozar_fcdh@uatx.mx

DOI: <https://doi.org/10.33255/2591/1720>

Resumen

El presente artículo propone un análisis integral para el estudio de la discapacidad física en el envejecimiento masculino. Primero, acotando un marco contextual para su estudio, que desde la ruralidad precisa criterios específicos sobre cómo se viven ciertas vejece; en cruce con la vulnerabilidad social que atestigua una brecha de desventajas acumulativas propiciadas por la marginación, la movilidad y problemas de salud en un determinado grupo de edad. Pero también, un marco reflexivo que el género, como categoría analítica, da cuenta de la construcción sociocultural de la identidad masculina, que a partir de la historicidad y socialización se encarnan en los cuerpos de los hombres; pero que ante un entorno de discapacidad adquirida otorga elementos cruciales para abonar a las reflexiones de la masculinidad como problema de salud pública. Comenzando con estos marcos analíticos, se propuso un ejercicio empírico teniendo en cuenta las narrativas de hombres mayores con discapacidad física para dar unas primeras aproximaciones reflexivas desde los criterios que vulneran y condicionan los aprendizajes de género masculino.

Palabras clave: ruralidad - vulnerabilidad social - envejecimiento/vejez - discapacidad - masculinidad

Peripheral old age. Aging, disability and rurality

Abstract

This article proposes a comprehensive analysis for the study of physi-

Cómo citar

Rodríguez Abad, A. y Mendoza Ramírez, C. B. (2023). Vejece periféricas: envejecimiento, discapacidad y ruralidad. *Educación y Vínculos. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Educación*, 37-54.
<https://doi.org/10.33255/2591/1720>



cal disability in male aging. First, defining a contextual framework for its study, which from rurality requires specific criteria on how certain old ages are experienced; at the intersection of social vulnerability that attests to a gap of cumulative disadvantages caused by marginalization, mobility and health problems in a certain age group. But also, a reflective framework that gender, as an analytical category, accounts for the sociocultural construction of masculine identity, which based on history and socialization are embodied in the bodies of men; but in an environment of acquired disability, it provides crucial elements to support reflections on masculinity as a public health problem. Starting with these analytical frameworks, an empirical exercise was proposed taking into account the narratives of older men with physical disabilities to provide first reflective approaches from the criteria that violate and condition male gender learning.

Keywords: rurality - social vulnerability - aging/old age - disability - masculinity

A manera de introducción

A lo largo de los últimos años hemos recuperado algunos apuntes, notas descriptivas, transcripciones, audios de voz e imágenes que detallan un panorama a veces situado en la indiferencia, la marginación y la omisión social: *las vejeces periféricas*. Decidimos nombrar así al actual proyecto de investigación porque el objetivo ha sido documentar, caracterizar y comprender esas otras formas de envejecer sucumbidos en situaciones de desventaja(s) social(es), económica(s) y corporal(es). Desde estos referentes de reflexión que propician el análisis de las desventajas acumuladas a lo largo de la trayectoria de vida de las personas; es que nos hemos interesado por analizar las condiciones de precariedad en materia de seguridad laboral, social, alimentaria y de salud que emergen en el envejecimiento y la vejez.

A partir de metodologías cualitativas (antropológicas/narrativa-etnografía) hemos desarrollado al menos tres líneas de investigación que intentan documentar de manera focalizada el estudio de la edad, pero particularmente sobre las experiencias subjetivas, intersubjetivas y narrativas que den cuenta cómo se vive la vejez en determinados contextos socioculturales: desde la ruralidad, la informalidad laboral y la migración de retorno (Rodríguez y Mendoza, 2021; Rodríguez, 2022; Rodríguez y Salguero, 2022). Y recientemente, una línea de investigación que su apertura tiene que ver con los estudios sobre la corporalidad y la discapacidad física en personas mayores, derivado de los estilos de vida en un contexto globalizador¹ trayendo consigo importantes impactos en la trayectoria salud-enfermedad de este grupo poblacional. Para situar analíticamente la propuesta de este artículo, comenzaremos con matizar algunos referentes conceptuales que acompañarán las reflexiones sobre la discapacidad en personas mayores (específicamente en los hombres).

Si bien el alargamiento de la vida ha sido un gran logro de este siglo, también conlleva a revisar cuidadosamente los retos, preocupaciones y problemas que están sin resolver en diferentes contextos geográficos; ante las condiciones de pobreza, exclusión social y vulnerabilidad. Entendemos que el panorama del envejecimiento es diverso, multifacético y heterogéneo, pero no podemos obviar esas otras formas de envejecer que a la luz de las desigualdades implica serios retos, preocupaciones y problemas presentes en diferentes contextos geográficos y que vislumbran su heterogeneidad. Como plantea Vázquez (2017), desde estas áreas de investigación se trata de abordar el estudio de la(s) vejez(ce)s en condiciones de vulnerabilidad en zonas particulares de México para caracterizar una serie de desventajas propiciadas por la ubicación espacial/territorial donde habitan las personas mayores, la marginación, la movilidad, la infraestructura, las violencias, la inseguridad, los problemas de salud, la falta de seguridad social y de cuidados, jubilaciones y pensiones.

Sin embargo, al mirar la lista de desventajas antes señaladas po-

demos deducir que parte de los problemas que han dado cuenta del envejecimiento poblacional se han centrado en el ámbito urbano y pocas veces en los espacios rurales. Al respecto, Hernández y Suzuki (2017) colocan a la población que envejece en las zonas rurales, caracterizadas por un conjunto de acontecimientos que irrumpen con las dinámicas poblacionales y aceleran su envejecimiento. Por ejemplo, factores como la movilidad humana, ante el fenómeno de la emigración rural-urbana, caracterizada por la salida de las personas más jóvenes (en edad productiva) hacia otros Estados o países; o en contraposición los casos de personas adultas mayores que después de algún tiempo concluyen su trayectoria migratoria y retornan a sus lugares de origen.

Es en la ruralidad entendida como la forma de apropiación o territorialización, en el que se construye simbólica, valorativa y territorialmente una identidad personal y colectiva; a la par de los imaginarios sociales, representaciones, costumbres y actividades entre mujeres y hombres con el espacio social (Sili, 2009; Sagarpa, 2014), donde yacen algunas primeras pistas para documentar una serie de desafíos ante la ausencia de relevos generacionales en las actividades agrícolas y agropecuarias; pero también la carencia de servicios e instituciones que den seguridad educativa, social y salud para todos los grupos poblacionales, pero específicamente hacia las personas mayores.

Según este escenario de estudio, acota la reflexión para comprender el envejecimiento en la ruralidad. En primera instancia, al colocar en el centro de la investigación a las personas mayores como *sujetos de estudio* (participantes de la investigación). Y en segunda instancia teniendo en cuenta las desventajas sociales que caracterizan devenires y complejidades de vivir el envejecimiento desde una condición de vulnerabilidad que interfieren de manera significativa, en sus trayectorias de salud-enfermedad. A partir de este panorama conceptual, la vulnerabilidad –como objeto de estudio– nos invita a preguntarnos: ¿a qué personas o grupos de personas nos referimos como vulnerables?, ¿quiénes son los vulnerables?, ¿se trata solo de una condición que puede ser analizada desde las condiciones de vida de las personas? Son preguntas que intentan problematizar basándose en un marco de análisis mucho más amplio, tal como refiere Osorio (2017), «[...] es necesario estimar ciertas particularidades que nos indiquen bajo qué condiciones, ante qué circunstancias y en qué grado decimos que son vulnerables» (Osorio, 2017, p. 7). Sumado a lo anterior, el autor indica al menos tres niveles de análisis: a) las experiencias de la vida cotidiana en relación con los riesgos y situaciones de vulnerabilidad; b) el plano social, situaciones de riesgo y contexto en que las personas se sitúan y c) la estructura de oportunidades, movilización de recursos con los que cuentan las personas y los marcos socioculturales a los que pueden –o no– acceder.

Esto marca un puente reflexivo para subrayar la vulnerabilidad en la

vejez, situadas en zonas de riesgo, al ubicarse geográficamente en zonas periféricas; en el que al presentarse factores que disminuyan la condición de fragilidad, incapacidad del cuerpo y salud de las personas mayores, ante un accidente o inclusive por enfermedades crónicas no transmisibles que, al no ser tratadas, existe la posibilidad de que las limitaciones físicas y discapacidades se presenten en alguna etapa de la vida; mismas que pueden agudizarse ante la ausencia de instituciones y redes de cuidado que asistan y atiendan las necesidades que emergen en estos escenarios.

Ahora bien, ya situados en el terreno de la discapacidad² en personas mayores, esta se divide –al menos– en tres áreas principales: la física, la psíquica y la social. Para este artículo únicamente nos enfocaremos en la parte física,³ relacionada con la independencia que las personas tienen para el desarrollo de las actividades de la vida diaria; pero que puede comenzar con

[...] La patología (enfermedad, traumatismos, trastornos del desarrollo) que posteriormente lleva una disfunción de pérdida fisiológica, anatómica o mental en sistemas corporales específicos (*impairment*). Esta disfunción nos lleva a la limitación funcional, la cual se refiere a restricciones en acciones físicas y mentales básicas y por último a la discapacidad. [...] La discapacidad se presenta casi en su mayoría en la edad adulta, [...] se puede presentar de manera súbita, como la causada por un accidente, o de manera progresiva y gradual, como lo que sucede por males crónicos que se van agravando con el tiempo, [...] las alteraciones en la funcionalidad tienen una alta prevalencia en las edades avanzadas. (Ocampo, 2004, p. 8)

Es menester indicar que la edad cronológica es un factor de riesgo; pero no es sinónimo de enfermedad, discapacidad o dependencia. Es necesario conocer las trayectorias de salud-enfermedad para analizar los procesos que incurren en la corporalidad de la(s) persona(s) –a partir de la experiencia y subjetividad del yo–, de quien lo vive, lo ve transformarse y adaptarse. Todo ello situado no como responsabilidad exclusiva de quien lo vive y lo padece, sino que en el entendido de que los estilos de vida dependen también de los patrones socioculturales de los espacios en donde el sujeto interactúa (Bijarro, 2005). De hecho, hasta hace poco se creía que la discapacidad era un evento que tocaba de igual forma para mujeres y hombres, pero lo que nos indican los análisis desde la perspectiva de género es que no es así. Las mujeres viven más años, pero no se traducen en mejores condiciones de vida, ya que existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la forma en cómo las mujeres envejecen. En el caso de los hombres, persiste una relación entre las precarias condiciones laborales, las largas y pesadas

cargas de trabajo que implican un mayor riesgo de discapacidades (Salgado y Wong, 2007).

El género, como categoría analítica, es necesario para comprender el proceso de la discapacidad en el envejecimiento, ya que vislumbra los significados, las relaciones sociales y los procesos de identidad fraguados en las diferencias anatómicas y fisiológicas relacionadas en funciones reproductivas y a la par como parte de un entramado sociocultural que construye roles y comportamientos asignados, *desde la diferencia*, a mujeres y hombres (Sánchez, 2011; Treviño *et al.*, 2006). Dicha diferencia, justificadas por posiciones de poder, jerarquías y categorías sociales, les ha otorgado a los hombres los papeles de figura de poder, autoridad, fuerza, proveeduría y jefes de familia; mientras que las mujeres como madres, amas de casa y cuidadoras de otros y otras (infantes, personas con discapacidad y personas mayores). Sin embargo, por un análisis más fino situado a partir de las trayectorias de vida de mujeres y hombres; es posible identificar una marcada diferencia en materia de salud en la vejez, debido a la relación entre los aprendizajes de género y los estilos de vida. Al respecto nos preguntamos, ¿existirá una relación entre los aprendizajes de género y la discapacidad adquirida?, ¿cómo analizar la discapacidad física en los varones bajo la luz de la categoría analítica de la masculinidad?

La masculinidad como categoría analítica y como factor de riesgo. Relación reflexiva entre los aprendizajes de género masculino y la discapacidad

La incorporación de la masculinidad *como categoría analítica* dio pie para mirar a los varones como productos y productores del sistema patriarcal y de la construcción sociocultural del género, pero también los colocó como sujetos de género y no como representantes de la humanidad. Esto contribuyó en ponerlos en la escena de la investigación ante la poca atención que se les había prestado, la invisibilización y la escasa crítica de las consecuencias que imperan en la búsqueda de modelos normativos y hegemónicos de ser hombre (en singular: poderoso, violento, fuerte, líder). Desde esta mirada, se formularon preguntas de investigación a partir de problemas que emergen en determinados contextos históricos-culturales; a fin de desnaturalizar y desenzimar la diferencia sexual y de modelos de género hegemónicos (Kimmel, 1987; Minello, 2002; Guevara, 2008).

Tal es así, que la construcción de la identidad masculina fue puesta en marcha de manera histórica y generacional; como un asunto que debe demostrarse a través de la corporalidad, fuerte, controlador, agresivo, audaz. Todo ello, en una constante: «[...] demostración de la virilidad, al mostrarse como conquistador y seductor» (Díaz y Muñoz, 2005, p. 159). Los estudios de género de los hombres y las masculinidades muestran

interés por recuperar las subjetividades, expresiones y experiencias de la construcción simbólica y corporal de la masculinidad. Cabe destacar que la identidad masculina se fragua comenzando en la infancia, persiste en la adolescencia – juventud y se materializa en la adultez. En esta etapa de la vida la conformación de la hombría es un asunto que atañe a *un hombre de verdad*, que tiene responsabilidades económicas con su familia de creación y además demuestra su heterosexualidad a través de la reproducción biológica y la llegada de la paternidad. Esto suma a lo que menciona Rosas (2020), los aprendizajes y la construcción social de la identidad de género masculina deben analizarse desde sus diferentes aristas de los significados *de ser un verdadero hombre*, ya que estos se asocian con los mandatos establecidos y transmitidos generacionalmente: ejercicio del poder, el cuerpo, las acciones y el entorno político.

Sobre la base del marco de análisis *el varón como factor de riesgo...* (y que es parte del título de uno de los trabajos de investigación desarrollado por el médico y antropólogo Benno de Keijzer y publicado en 1997), se coloca en el centro de la discusión⁴ *la masculinidad y su relación con la salud y enfermedad* en la vida de los hombres. De Keijzer (1997) describe los costos y las consecuencias que surgen de la construcción de la identidad masculina; particularmente al identificar las posibles causas de muerte en los varones en edad productiva y las formas de concebir (o no) el autocuidado y los costos que de esta emergen durante el proceso de socialización de los hombres. Tal es así que colocar la masculinidad como factor de riesgo abre las puertas para analizar las trayectorias de vida de los hombres, de matizar los procesos de socialización al que fueron expuestos desde sus infancias y en todas las etapas de vida, en cruce con la propia construcción de roles, mandatos y estereotipos asignados y encarnados. A partir de estos ejes ha sido considerada la masculinidad como perjudicial para la salud en la vida de los varones, lo que denota un serio problema de salud pública.

En una entrevista realizada a Josep Armengol (2021) y publicada en el periódico *El Español*, expone que *ser macho mata*, refiriéndose a que durante la socialización de los aprendizajes de género masculino en la vida de los varones los pone en ciertas desventajas, que los conduce y exige a demostrar su virilidad y poder –aun cuando existen malestares físicos/ orgánicos/emocionales, no los reconocen para no sentirse vulnerables, en dependencias o en sumisión frente a otro(s) hombre(s) (ej. médico)– y cita en su reflexión lo expuesto por Bonino *el hombre no comunica, no expresa sus síntomas de dolor o de depresión, el hombre se aísla, se autodestruye*. Armengol (2021) presenta algunos ejemplos: los hombres acuden mucho menos a revisiones médicas (muerte por enfermedades cardiovasculares-infartos); accidentes de tráfico ocasionada por hombres y mostrar su temeridad y competencia (conducir rápido); consumo de bebidas alcohólicas, actos de violencia y homicidio entre hombres.

Asimismo, Salgado y Wong (2007) señalan que durante la construcción social de la identidad masculina, los varones asumen los roles socialmente asignados: la proveeduría económica y el mercado laboral. Específicamente, las actividades que se desarrollan en los entornos de trabajo permiten también mirar cuidadosamente los riesgos físicos como mentales a los que los hombres están expuestos. Por un lado, situados desde los espacios de la masculinidad, la aceptación, la inclusión y los ritos de paso; los varones experimentan situaciones de mayor riesgo, ante la ingesta de alcohol, fumar cigarros, experimentar con drogas, que va de la mano para aguantar más, para cubrir jornadas laborales extenuantes. Estos referentes, de Keijzer (1997), Salgado y Wong (2007) y Armengol (2021) coinciden en detallar algunas de las causas de accidentes/muertes en los hombres. Finalmente, en el 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó los factores que provocan una menor esperanza de vida en los varones a diferencia de las mujeres; no son solo biológicos, sino sociales. Entre los que destacan: tabaquismo y alcoholismo, profesiones en la que están expuestos a escenarios tóxicos y de riesgo, cáncer de tráquea, pulmones, bronquios, cáncer de próstata, VIH-Sida, enfermedades pulmonares, cirrosis, de riñón, más accidentes de tráfico, muertes violentas y suicidios.

Desde la masculinidad hegemónica, que enaltece los cuerpos viriles, fuertes e independientes, nos preguntamos, ¿qué sucede con la representación de los cuerpos en hombres con alguna discapacidad física? Situados en un escenario de enfermedad, de pérdida de alguna parte física/cognitiva o inclusive ser un hombre en la vejez (con algún tipo de dependencia); denota en los varones serias amenazas en sus identidades, por no cumplir con las normas socialmente esperadas. Al respecto, Arguello (2021) indica que los hombres con discapacidad en relación con otros hombres sin discapacidad *se sitúan en desventaja*. Primero por ser socialmente un grupo minoritario; segundo por la visión de dependencia económica y de cuidados, pero también ante la negación del acceso a necesidades personales, afectivas, sexuales, educativas, y laborales; y tercero la invisibilización social que los pone en riesgo para el desarrollo de su autonomía, movilidad y capacidad de decisión.

Como parte de los constructos sociales, por un lado de la masculinidad y por otro de la discapacidad, se torna como dos referentes contrapuestos, que ponen en condición de desventajas a aquellos hombres que no representan esa corporalidad de la masculinidad:

[...] La masculinidad y la discapacidad se han caracterizado por denotar una contradicción o dilema entre los dos conceptos (Baril, 2018; Barret, 2014; Castillo, *et al.*, 2010; Escobar, 2009), puesto que, ambos cómo constructos sociales problemáticos, se anulan mutuamente, la masculinidad como homogeneizante, poderosa, sexual, productiva,

inteligente, independiente, más del hacer que del ser (Barrett, 2014; Schulttleworth *et al.*, 2012) y la discapacidad como el ser dañado, incapaz, dependiente, asexuado o hipersexualizado, improductivo y poco evolucionado (Cúpich y Campos, 2008), generan que en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad, hombres, un terreno fértil de contradicciones, dilemas y problemáticas. (Arguello, 2021, p. 4)

Situados en la discapacidad en el envejecimiento masculino, debemos precisar que por sí solo no representa un problema –es decir, no es un atributo de la persona– sino la complejidad que se fragua desde los entornos donde se vive; ya que no solo se trata de la pérdida de la capacidad física, autonomía e independencia de la persona, sino de los impactos que esto revela en los cambios en la estructura y composición familiar. Esto invita a repensar en la necesidad de crear espacios de diálogo e interacción con los varones; para el caso aquí expuesto centrándonos en hombres de contextos rurales, mayores de 60 años y que presentan algún tipo de discapacidad física. Estos escenarios de conversación han permitido no solo recuperar experiencias de vida, sino los costos y riesgos que la propia construcción de su masculinidad ha traído consigo en una etapa de su vida. Sin duda los aportes reflexivos, los cuestionamientos y las resistencias otorgan material empírico que permiten develar los entramados socioculturales, las prácticas, las desigualdades y las vulnerabilidades que generan riesgos en los cuerpos y mentes de los varones.

Estudio exploratorio-cualitativo para la recuperación de narrativas, desde la voz de los hombres adultos mayores con discapacidad física adquirida

Para esta investigación se diseñó un estudio cualitativo para explorar las vivencias de la discapacidad física en el envejecimiento, particularmente en hombres adultos mayores. Se llevó a cabo en una localidad rural del estado de Morelos, cuyos pobladores se emplean en el sector informal, en actividades agrícolas, agropecuarias e industriales. La pregunta que guio la investigación es: ¿cómo viven el envejecimiento en contextos rurales los hombres que presentan discapacidad física adquirida, a la luz de los aprendizajes de género en la construcción de la identidad masculina? Se realizaron tres entrevistas semiestructuradas, con base en una guía diseñada para obtener información sobre tres grandes temas: significados de la discapacidad en la vejez; acontecimientos –causas que generaron la discapacidad física–; experiencias relacionadas con la pérdida, la adaptación, la rehabilitación, las dificultades y las oportunidades personales y sociales.

Los hombres mayores que fueron entrevistados pertenecen a un gru-

po de rehabilitación física, quienes se reúnen semana a semana para la revisión y supervisión por parte de enfermeras, médicos y profesionales en elaboración de prótesis. Su participación fue a través de una invitación formal para formar parte de la investigación, bajo estos criterios de selección: ser varón, persona mayor de 60 años, vivir con una discapacidad física adquirida en los últimos años, en proceso de rehabilitación física para la obtención de una prótesis de pierna y en acompañamiento psicológico-emocional. Las entrevistas fueron grabadas, con previo consentimiento informado y posteriormente, transcritas para su análisis.

Hallazgos

En este apartado presentamos tres casos de hombres adultos mayores, y que a consecuencia de un accidente, enfermedad o descuido de sí mismo; fueron intervenidos quirúrgicamente para el retiro de una extremidad inferior. En cada uno se hace un breve análisis sobre las prácticas de riesgo, en la que los varones han estado expuestos a lo largo de sus trayectorias de vida. Nos apoyamos de tres preguntas ejes para la organización de las narrativas:

1. ¿Cuál fue la causa que generó la discapacidad física, particularmente la pérdida de una extremidad de su cuerpo?
2. ¿Cómo describe el proceso de pérdida, transición, adaptación y rehabilitación?
3. ¿Cuáles han sido los retos, dificultades y oportunidades personales y sociales a los que se ha enfrentado?
4. Escenarios de la discapacidad: accidente de trabajo, enfermedad no transmisible-crónica y accidente en motocicleta

Presentación de los casos

Caso 1. Daniel (75 años, obrero, fabricante de juegos pirotécnicos hechos con pólvora)

Contexto general de la trayectoria de vida del participante: *soy Daniel y tengo 75 años. Soy el tercer hijo de diez hermanos, mi familia siempre se ha dedicado a la elaboración de cuetes [refiriéndose a cohetes explosivos], bueno, de todo fuego pirotécnico que ilumina las fiestas patronales del pueblo. Nosotros somos quienes hacemos desde los toritos de cuetes para los niños y adultos, los castillos que se colocan en las plazuelas para que la gente vea como se iluminan al prender los cuetes, o las bombas que llegan al cielo y se ilumina la noche. Ahora sí, que la gente nos conoce como los cueteros, porque pues siempre hemos hecho entregas para los eventos que existen para acá en el pueblo, pero también para otros Estados. Desde niño, aprendí a usar la pólvora y tenerle respeto. Mi papá fue quien me enseñó el oficio, pero ya me dediqué yo, cuando murió y me dejó a mí a cargo toda la responsabilidad. De este oficio, le di estudios a mis hijos, y de hecho hasta a algunos de mis nietos. Solo uno de mis hijos es quien heredó la tradición de ser cuetero.*

Narrativas de discapacidad adquirida: *ahora sí que llevo como diez años sin una pierna, porque una tarde mientras estaba acomodando la pólvora en los contenedores, que se me antoja un cigarrito, ya sabes el vicio, pues. Entonces, que me salgo de ahí del cuartito donde tenemos todo acumulado y en el terreno que es baldío me fumé mi cigarro, contemplé el atardecer y bueno, hasta me tomé una cervecita bien fría. Estaba disfrutando la tranquilidad, entonces cuando me terminé la cervecita, decidí apagar mi cigarrito, lo apagué en la pared. Este, sí, apagué el cigarro presionando sobre la pared y como vi que todavía me faltaba un poco para terminarlo, decidí que me lo iba a guardar en el bolsillo del pantalón para luego terminármelo de fumar. Y sabes, era una costumbre que siempre tuve, porque, aunque mi papá –que en paz descansa– ya sabía que yo fumaba, porque él fue quien me dijo «hijo, ya ganas tu dinerito, ahora sí ya puedes comprarte tus cigarritos, ya eres hombrecito». Pero pues me daba pena, entonces apenas veía que mi papá venía yo rápidamente me escondía el cigarro en el pantalón para que no me viera, siempre terminaba con el pantalón todo agujerado porque se quemaba con el cigarro, porque me lo guardaba prendido. Bueno, entonces quiero pensar que ese día no me di cuenta que no lo había apagado bien, y que me meto al cuarto y en cuestión de minutos sentí como que algo me quemaba y escuché como todo se volvía oscuro, luego fuego y ahí yo creo que perdí la consciencia. Cuando reaccioné, vi que había gente apagando con agua y alguien me jaló y me llevaron al médico. No hubo más que hacer, porque perdí mi pierna, me mocharon debajo de la rodilla y tres dedos de esta mano [señala la mano izquierda] y uno de esta mano [señala la mano derecha]. Ahora sí que son los designios de Dios, qué le puedo hacer. Pues ya nada más me queda esperar el día que Dios me levante, porque yo creo que ya pagué mis pecados con esto que me pasó. Ahora sí que sí me muero, pues ya qué más puedo perder, una parte de mí de por sí ya está enterrada en el panteón, entonces pues ya, qué más puedo perder.*

Caso 2. Pedro (72 años, el brujo y huesero del pueblo, omisión de cuidado de la enfermedad diabetes tipo 2)

Contexto general de la trayectoria de vida del participante: *mi nombre es Pedro, actualmente tengo 72 años. Estudié solo unos años de primaria, mi papá y mamá me decían que con solo que aprendiera a leer, escribir, sumar y restar me iba a poder defender en la vida. No tengo ninguna carrera, solo la de la vida. Tengo un don –soy curandero y huesero– que aprendí por obra divina de mi Dios, quien me enseñó a curar a la gente de mi pueblo de las enfermedades del cuerpo, pero también del alma. Ha sido la manera en cómo me he ganado el dinero para comer y para mantener a mis hijos, que ahora ya son adultos y viven en sus casas. Por muchos años fui el mejor, me gané que la gente me conociera y me llamara como el brujo del pueblo, yo creo que, por mi apariencia desa-*

rreglada, ya ves mi cabello, mis ropas y mi morralito que no falta. Y pues, he logrado curar a mucha gente de morir. Pero pues ya ves, yo no me pude curar y de alguna manera es que ahora me ven así, sin una pierna, pero yo camino apoyado de mis muletas, y sigo visitando las casas de quienes me solicitan.

Narrativas de discapacidad adquirida: Pues, me mocharon la pierna. Empecé hace cinco años con un pequeño granito abajo del dedo gordo. Y yo sabía cómo curarme, empecé a rasparme poco a poco para que esa mancha se fuera quitando. Al principio bien, después esa mancha se extendió a mi dedo. Ahí comencé con dolores fuertes, pero los té y mejunjes que yo me preparaba me hacían aguantar. Pero una noche no pude más, tuve escalofríos y dolor intenso, que una de mis hijas tuvo que llevarme al seguro. Me revisaron y dijeron que tenía complicaciones por la pinche enfermedad de la «diabetes», me dijeron que tenía algo así del pie molido o podrido, no sé, creo que es gangrenado [refiriéndose a pie diabético] y que debían retirarme el dedo, pero yo no lo permití y pedí me sacaran de urgencias para regresar a mi casa. Recuerdo que solo firmé una hoja que decía que yo no aceptaba que me quitaran el dedo y me fui. Mi hija insistía que me tratara con los médicos, que comiera cosas sanas, pero yo siempre me tomé mi coca, mis tacos de carnitas de puerco y mis galletas de animalitos. Yo no iba a cambiar mi vida nada más porque los médicos me dijeran, además solo te quieren robar el dinero y mochar lo que sea. Entonces, yo solo empecé a curarme el dedo, abrí y con una lámina que tenía de metal raspé por dentro de mi piel y comencé a quitar toda la piel muerta, me dolía y olía feo, pero tenía que aguantarme. Y sí, así lo hice. Pero después de que no veía mejora, como que toda esa mancha se me subió, hasta que vi que mi pierna se puso negra y ya no pude hacer más, tuvieron que internarme y los pinches médicos me regañaron, y ya solo firmé la hoja y me metieron al quirófano para mochármela toda. Después de ahí, pues tuve que hacer frente a la vida con una pierna, pero ha sido muy cabrón, porque, aunque ya sé caminar con estas cosas [señala las muletas], me he caído un chingo de veces para aprender a sostenerme y yo mismo levantarme como pueda. Porque si me ven en silla de ruedas seguro que nadie me volvería a llamar para que cure a la gente. Con lo que recibo, pues no puedo comprarme ni una pierna de palo, como lo hacían los piratas, porque he preguntado por esas piernas de plástico o no sé de qué están hechas [prótesis de pierna], pero cuestan más de treinta mil pesos mexicanos. Aunque claro, he recibido comentarios de que «si yo no pude curarme porque perdí la pierna, pues entonces no soy buen curandero». Pero pues necesito seguir comiendo y más ahora en esta situación, porque eso sí, no pretendo depender de nadie, ni de mis hijos, solo de mí. Y pues aquí me ves, eso sí, no me verás nunca sentado, tal vez alguna vez me verás arrastrándome, pero así seguiré curando a la gente que me necesite.

Caso 3. Miguel (68 años, jubilado, comerciante informal, accidente en moto)

Contexto general de la trayectoria de vida del participante: *mi nombre es Miguel, fui por muchos años obrero en una empresa. Pero después de que me jubilé no quise quedarme en mi casa. Por un tiempo, estuve ahí como monigote sentado esperando ver qué hacer con mi día a día; hasta que una mañana decidí comenzar otra vez y buscar otras cosas para ganarme unos pesos. Mi pensión es muy poquita, y aunque ya nada más depende de mí mi esposa, una de hijas y mis nietos; el dinero nunca alcanza. Mi primera moto la compré cuando yo tenía como cuarenta y cinco años, y la compré porque me gusta la velocidad, la adrenalina y sobre todo el sentir que tenía el control de mi vida. Porque eso sí, con una moto puedes irte a donde quieras, recorrer kilómetros y superar los tiempos con mayor velocidad. Entonces, cuando me jubilé ya tenía ahí mi segunda moto, pero ya nada más estaba la motocicleta ahí parada en el patio. Ahora con lo del confinamiento por el coronavirus, me di cuenta por mis nietos de que había la necesidad de llevar pedidos a varias comunidades para entregar comidas o recaudería. Una de mis vecinas trabajaba en el mercado del pueblo y le comenté que si quería podía hacer entregas. Y así, por todo el 2021 fui repartidor. Pero a finales de diciembre me ganó la adrenalina, pero también la presión de los pedidos que debía entregar, que yo mismo ocasioné mi accidente que me dejó así, postrado en esta silla de ruedas.*

Narrativas de discapacidad adquirida: *la verdad, reconozco que fue una tontera lo que hice, porque me tocó llevar un encargo por los cerros del pueblo, pero me tocó irme por una carretera que casi nadie transita y se me hizo fácil correr la motocicleta a todo lo que daba. Ese día, como siempre, no llevaba casco, ya que eso me quitaba el aire, no podía respirar y además la visibilidad. Porque ya de por sí no veo muy bien y uso estos lentes. Entonces, de la nada aparecieron unas vacas que cruzaban la carretera y por más que intenté frenar pues ya no pude y derrapé con toda la velocidad con la moto. Yo no supe de mí hasta que desperté. Mi mujer dice que estuve dormido muchos días en el hospital. Cuando abrí los ojos solo miré que estaban unas mujeres con uniformes blanco. Me atendieron y me preguntaban cosas, que yo no entendía. Con el paso de las horas, tuve la necesidad de moverme y el médico en turno llegó y me comentó que había sufrido una caída aparatosa de la motocicleta. Que viví de suerte. En ese momento, me indicó que mi pierna izquierda había tenido las peores consecuencias, porque se había como quebrado, o no sé. Cuando me dijo, ¡ay Diosito! Sentí que mi mundo se venía abajo, porque fue cuando me di cuenta que no la tenía. La verdad, me puse a llorar y después entró mi mujer, y ya hablamos. Pero no caí en cuenta de lo que significaría vivir sin una pierna hasta que regresé a la casa, porque ahora se trata de depender de mi mujer y de mi hija; primero para que me hicieran las curaciones, para cuando tenía que hacer uso del cómodo para*

el baño, después la rehabilitación para levantarme de la cama; porque la verdad yo quería morirme, tenía dolores horribles, y más dolores en la pierna, aunque esa pierna ya no estuviera. Después de varios meses, pues tenía que salir de la cama para comenzar a moverme en la casa, ya mi familia me había traído esta silla de ruedas y fue muy difícil tener que usarla y aprender a usarla. Mi hija me trajo aquí con el médico protesista, pero cuando miraron la condición de mi rodilla derecha me dijeron que tenía un grave problema de desgaste articular y que no era candidato para usar una prótesis.

Análisis y consideraciones finales

Las narrativas aquí presentadas son un referente para analizarse bajo la luz de los estudios de género de los hombres y las masculinidades. Representan la recuperación de experiencias físicas-corporales, en cruce con los aprendizajes de género y las trayectorias de salud-enfermedad y prácticas de riesgo en los varones, que ejemplifica los impactos que enseñan esos marcadores sociales y de género que exigen un modelo hegemónico de ser hombre, desdibujando emociones y sentires sobre la representación de la competitividad, la heroicidad, el reconocimiento del malestar/dolor, del guardar y del callar, de no asumir y no responsabilizarse de sus propias vidas, de aguantar y no flaquear, explotar a todo lo que el cuerpo puede dar e incluso resistir. Son cuerpos susceptibles de los propios mandatos, de costos visibles y no visibles, de una masculinidad que se encarna y descarna de los cuerpos, a veces sufrida y constantemente fallida para la vida de los hombres.

Son tres escenarios, el primero situado en los espacios precarios del entorno de trabajo, sin protección ni seguridad que oriente y precise cómo cuidar(se) de la manipulación de sustancias explosivas, de ciertas prácticas de riesgo, y que de hecho asumen como un acto heroico a sabiendas de que un suceso así puede pasar. Un segundo caso, de los descuidos de sí mismos de una enfermedad que impacta también –por un lado– ante la ausencia de un sistema médico que garantice la supervisión y concientización hacia los hombres sobre su salud y –por otro– la de los propios varones sobre la prevención y manifestación de sentirse a sí mismos; de auto-medicarse, auto-sanarse, o ante un diagnóstico de alguna enfermedad progresiva, el no seguir tratamientos y medicalización. Y el tercer caso, ante la eventualidad de un accidente en tránsito, ligada a este mandato de la temeridad, la adrenalina como producto de la velocidad y exposición al peligro.

Finalmente, damos cuenta de cómo la construcción de la masculinidad ha mostrado una serie de mandatos que ponen en riesgo la vida de los hombres, en todas las edades y en todos los contextos sociales. La construcción de las identidades masculinas en asociación con la visión tradicional de ser varón se encasilla en la proveeduría, el aguante y la ausencia. Se ha mantenido como una constante de los aprendi-

zajes de género desde una visión dicotómica que en ciertos contextos (ej. comunidades rurales) aún transitan por diferentes generaciones de varones, quienes reproducen y sostienen el ideal de la masculinidad. Por tanto, ¿por qué mirar bajo la luz de la masculinidad las trayectorias de salud-enfermedad en la vida de los hombres? Porque al describir y documentar cómo los marcadores de género afectan en la vida de los varones, será posible cambiar sus vidas. De ser y hacer consciencia de los costos implícitos de la masculinidad –que causan dolor– en sus cuerpos, en sus emociones, en sus relaciones con otras y otros; pero también consigo mismos.

A partir de este artículo de investigación, centrado desde el paradigma subjetivo-interpretativo, se espera contribuir a las discusiones disciplinares e interdisciplinares en torno a las trayectorias de las personas mayores con algún tipo de discapacidad; la visibilización de los hombres adultos mayores como sujetos de género, para comprender los efectos adjuntos y factores de riesgo de los mandatos de la masculinidad. Y así abonar elementos empíricos y reflexivos que contribuyan en la construcción de políticas públicas aplicadas con perspectiva de reconocimiento sobre otras formas de vivir(se) los envejecimientos y las vejece masculinas.

Notas

- ¹ Al respecto, Ferraroti (2000) señala que es necesario caracterizar los estilos de vida de las personas, en cruce con los patrones socioculturales del espacio donde interactúan.
- ² El Instituto Nacional de las Mujeres (INM-México), especifica que la discapacidad no debe considerarse como una enfermedad, sino como una restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma, o dentro del margen, que se considera normal para el ser humano.
- ³ De acuerdo con la clasificación de discapacidades que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos referiremos por *discapacidad física o motora* como a aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional.
- ⁴ De Keijzer (1997) precisa que *El varón como factor de riesgo* debe analizarse al menos en tres sentidos: a) riesgo hacia mujeres, niños y niñas; b) riesgo hacia otros hombres y c) riesgo para sí mismo.

Referencias bibliográficas

- ARGUELLO, D. (2021). *La construcción de la masculinidad en hombres con discapacidad*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas/Sistema de Bibliotecas. <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/29376>
- ARMENGOL, M. (2021). «Ser macho mata»: el máster de masculinidades de Josep Maria explica por qué el hombre asesina más. *Periódico El Español*. https://www.elespanol.com/reportajes/20210703/master-masculinidades-josep-maria-explica-hombre-asesina/593441673_0.html
- BIJARRO, F. (2005). El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV(1), pp. 11-33. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415101.pdf>
- DÍAZ, Á. y Muñoz, P. (2005). Implicaciones del género y la discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(2), pp. 156-167.
- ESLAVA, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, pp. 396-403. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403/>
- FERRAROTI, F. (2000). *An alternative sociology*. Nueva York, EUA: Irvington Publisher Inc.
- GUEVARA, E. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica. Una dimensión del orden de género. *Sociológica*, 23(66), pp. 71-92. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v23n66/v23n66a4.pdf>

HERNÁNDEZ, O. y Suzuki, J. (2017). Vejez y el proceso de envejecimiento en el México rural: hacia el estudio del envejecimiento rural en América Latina. En J. C. Suzuki; V. Borges de Araújo y O. G. Hernández Lara. *Política, sujetos e prácticas productivas no campo latino-americano* (pp. 53-81). Sao Paulo: FFLCH/USP.

KEIJZER, B. (1997). El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón, E. *Género y salud en el sureste de México*. México: UJAT/ECOSUR.

KIMMEL, M. (1987). *Changing men*. New directions in research on men and masculinity. California, Sage.

Mejía, J. y Gómez, S. (2017). Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Revista de Salud Pública*, pp. 291-296. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2017.v19n3/291-296/es>

MINELLO, N. (2002). Los estudios de masculinidad. *Estudios sociológicos* XX, 60, pp. 715-732.

Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural*. Valle Central de Costa Rica. Trabajo final de graduación para la obtención del grado de Master en Población y Salud. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2019). *Monitoring health for the SDGs, World Health Organization*.

OSORIO, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intercios sociales* (13), pp. 1-34. <https://www.scielo.org.mx/pdf/ins/n13/2007-4964-ins-13-00003.pdf>

ROSAS, H. (2020). La masculinidad hegemónica: la enfermedad con perspectiva de género. En Gutiérrez Leyton, A. E. *Diabetes*. Perspectivas de médicos y pacientes (pp. 65-91). Monterrey: TR Editorial.

RODRÍGUEZ, A. (2022). El trabajo sin retiro. Experiencias de nacer y envejecer en el campo. En *Contextualizaciones Latinoamericanas*. Universidad de Guadalajara. Vo. 2, Núm. 27, julio-diciembre 2022. <http://contextlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/7965>

RODRÍGUEZ, A. y Mendoza, C. (2021). La muerte en tiempos de pandemia: narraciones desde la experiencia de las personas mayores. *Revista Conrado*, 17(S3), pp. 365-375. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2176>

RODRÍGUEZ, A. y Salguero, A. (2022). Cuerpos vividos y envejecidos en un contexto de migración indocumentada y retorno de hombres migrantes. *Revista Tramas- Subjetividad y procesos sociales*. Número especial. Experiencias Subjetivas e identitarias en la vejez. N.º, 53, año 33. <https://>

tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/976/958

SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA) (2014). *Estudio sobre el envejecimiento de la población rural en México*. Ciudad de México: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

SALGADO, N. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Medigraphic Artemisa*, 49, pp. 515-521. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals074k.pdf>

SÁNCHEZ, M. (2011). Género y vejez. Una mirada distinta a un problema común. *Ciencia*, pp. 48-53. https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/08_Genero.pdf

SILI, M. (2009). *¿Qué es la ruralidad? La cooperación*. <http://portal.acabarse.com.ar/lacooperacion/Lists/EntradasDeBlog/Post.aspx?ID=128>

TREVIÑO, S.; Pelcastre, B. y Márquez, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Midigraphic Artemisas*, 48(1), 30-38.

VÁZQUEZ, F. (2017). Análisis de la vejez en contextos de vulnerabilidad. Políticas sociales sectoriales. *Revista de la facultad de trabajo social y desarrollo humano*, (3), pp. 450-463. https://www.researchgate.net/profile/Humberto-Charles-Leija/publication/309533389_Efectos_colaterales_de_la_drogadiccion_al_interior_de_la_familia_e_implicaciones_en_el_Bienestar_Subjetivo/links/5814df9108aedc7d8963ecdb/Efectos-colaterales-de-la-drogadicc