



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

DE LA CASA AL ASILO

LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA VEJEZ
Y LA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES EN
CONDICIÓN DE INTERNAMIENTO EN LOS
RAMONES, NUEVO LEÓN

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

LETICIA HUERTA BENZE

DIRECTOR DE TESIS: DR. SERGIO LERÍN PIÑÓN

MEXICO, D. F. OCTUBRE DE 2015

ÍNDICE

Presentación	3
Capítulo 1.	
La vejez y el envejecimiento: la dimensión del problema	
Introducción.....	8
1.1 La vejez. Envejecer como proceso biopsicosociocultural.....	8
1.2 El envejecimiento demográfico y enfermedades en la vejez: Escenario y proyecciones en México y Nuevo León.....	14
1.3 La vejez desde un enfoque sociocultural. Etnografía de las representaciones y experiencias de vejez de los adultos mayores residentes de instituciones asilares.....	17
1.4 Del planteamiento del problema, los objetivos y las preguntas de investigación	21
1.5 Marco referencial.....	30
1.6 Aproximación metodológica de investigación y desarrollo de trabajo de campo	36
Capítulo 2.	
La institución asilar y la construcción social de la vejez	
Introducción	55
2.1 Consideraciones sociológicas en torno a las instituciones asilares y la vejez	56
2.2 El papel de los asilos en la oferta de cuidados a las personas envejecidas	61
2.3 El asilo Sinaí: Aspectos geográficos y socioculturales	64
2.4 El espacio físico y recursos materiales del asilo	73
2.5 La oferta de cuidados y atención en el asilo.....	94

Capítulo 3.

La vida asilar

Introducción.....	98
3.1 Caracterización de actores	99
3.2 Diagnóstico clínico y carrera moral	106
3.3 Estigma y situación de asilo	113
3.4 Enfermedades, medicación y polifarmacia	115
3.5 Prácticas y significados en torno al encierro. Los cambios en el mundo de la vda de los sujetos a partir de un día típico	124
3.5.1 Un día típico	125
3.6 Ventajas y problemas de vivir la vejez y las enfermedades en un asilo	151

Capítulo 4.

El sujeto envejecido: concepciones y experiencias de vejez y enfermedad

Introducción.....	163
4.1 Empezar a ser y sentirse viejo y experiencias particulares de envejecer. Referentes en la construcción de las nociones de vejez	166
4.2 La enfermedad como ruptura biográfica.....	169
4.3 Alberto: Ya no pudo trabajar.....	171
4.4 Emilio: Su esquizofrenía crónica	179
4.5 Silvia: Su depresión post parto y su vejez en encierro	183
4.6 Rosa: O ella o los esposos de sus hijas	189
4.7 Virginia: Su vida en la política	193
4.8 La perspectiva de internamiento a través del residente	197
4.9 "Yo no le tenía miedo a la muerte hasta que llegué aquí"	205
Conclusiones.....	211
Bibliografía	220

Presentación

De la casa al asilo. La construcción sociocultural de la vejez y la enfermedad de adultos mayores en condición de internamiento en Los Ramones, Nuevo León, fue la forma en la que se edificó un camino que tuvo el objetivo de retratar la experiencia de vida y las percepciones de personas adultas mayores sobre su vejez y enfermedades, en el marco de una situación de internamiento en un asilo rural del estado de Nuevo León. Hablar de “la casa al asilo”, no sólo es en sentido exclusivo del espacio físico doméstico anterior, sino en la forma en cómo estaba contenida la vida de los sujetos fuera de un marco institucional de asistencia prolongada. La “casa” es espacio nuestro, conocido, con redes y significado personal; donde habitó el yo, donde pudimos ser lo que fuimos construyendo a lo largo de nuestra vida.

La forma en la que elegí hacer el recorrido me permitió dar cuenta de la diversidad y complejidad con la que se pueden ver y analizar las temáticas de vejez y envejecimiento, habido siendo un reto constante estar ante la presencia de sentimientos profundos de desasosiego que oscilaron positiva y negativamente para la construcción del texto: tristezas, nervios y afectos circundaron mi estancia en el asilo, algo que quizá suene perfectamente comprensible para una dimensión de encierro y aislamiento pero que yo no advertía del todo. En este sentido, es que se exploran toda serie de acontecimientos graduales e imprevistos; de carácter definitorio, complementario o circunstancial; de la esencia sutil de alguna experiencia cotidiana o de un desgarrador y definitivo destino a la luz de la propia vivencia de residentes que sobrellevan su vejez y enfermedades y las de otros, en una dinámica rutinaria y de estructura institucional.

Por ello, la conformación de las nociones de vejez fue un proceso que se fue construyendo a partir del transcurrir de los días y en donde las diversas características de los asilados y asiladas proporcionaban determinados puntos de partida. El grupo se igualaba en experiencias o se diferenciaban de polo a polo por cuanto pudieron decir de sí mismos y lo que yo pude organizar de sus vivencias.

Su significación fue un hecho observado que a lo largo de mi estancia pude identificar, estableciendo relación entre las pautas de comportamiento y lo verbalizado por los ancianos y ancianas. Todo este ordenamiento cotidiano moldeaba a los sujetos y constituyó prácticas particulares de vejez y de envejecer.

Al iniciar esta investigación pretendía dar cuenta de la forma en que se daba la vejez a partir de las personas adultas mayores, las cuales serían mi principal unidad de observación y análisis en una atmósfera de encierro, pues tenía la inquietud de rescatar sus voces en una situación que puede ser la más adversa e indeseable para la gran mayoría de las personas adultas mayores y para los sujetos en general. A pesar de que no tenía un criterio etario formal a considerar en torno a los residentes, sí quería que fueran representativos de este grupo de la población; no obstante, no fue del todo así, aunque prontamente me di cuenta que todos formaban parte de un mismo sistema de referentes socioculturales respecto a la vejez, tanto como proceso en construcción como etapa consolidada respecto al internamiento.

Aunque las aproximaciones a las temáticas de vejez y envejecimiento van en aumento y exploran interesantes y necesarios aspectos de la vida de los adultos mayores, todavía resultan poco analizados los espacios asilares de todo tipo, en tanto lugares que concentran una gran cantidad de personas adultas mayores y monopolizan el cuidado, y en donde en algunos casos se encargan casi por completo del devenir de su vida. Si bien la intención de esta investigación no es mostrar un análisis integral de la cuestión asilar, pues ésta no se introduce en la descripción de normativas, aspectos legales y administrativos puntuales de las instituciones de este tipo, sí explora la vida de ciertos ancianos y ancianas en situación de retiro a partir de su experiencia personal frente a este escenario.

En la realización de este trabajo quise partir de la idea de que la vejez y las enfermedades son procesos que se construyen socioculturalmente y que son los sujetos en una situación determinada, los que explican y dan sentido a esa experiencia de vida. Es de este modo que en este trabajo son las adultas y adultos

mayores quienes responden a un llamado de observación y de ordenamiento de sus actividades cotidianas y sus representaciones bajo una mirada antropológica.

Cada una de las personas adultas mayores participantes y no participantes me brindaron su confianza, su tiempo, amistad y consentimiento, algo que valoraré por siempre. Para mí, el poco o mucho tiempo que pude compartir con ellas y ellos será siempre invaluable y agradezco la oportunidad de que me hayan permitido acercarme y revelar un poco de sus vidas. Estas personas siempre tendrán mi respeto, admiración y seguro nunca los olvidaré, pues con su presencia o su partida me han ayudado a comprender y explorar asuntos importantes en mi vida y han revelado dudas e inquietudes, imponiéndome la sentencia de continuar mi camino hacia adelante; personas que me imploraron ser feliz y “hacer mi vida”, aprovechar las oportunidades y no olvidar todo lo que pasó: recordarlos siempre.

La presentación del texto se organiza de la manera siguiente: En el primer capítulo se expone la dimensión del problema a estudiar; los puntos de partida que dieron lugar a la reflexión en torno a la vejez y el envejecimiento, la situación de contexto y panorama en torno al problema, así como los referentes teóricos que discuten y reflexionan sobre el tema. Finalmente, se introducen las preguntas y objetivos de la investigación, así como la forma en que me aproximé y se dio el trabajo de campo.

En el segundo capítulo, profundizo sobre la cuestión asilar desde sus dimensiones sociológicas, además se enunciaron las implicaciones socioculturales en que se dio el análisis de la cuestión asilar de acuerdo a las pautas socioculturales de la región del estudio a través de sus habitantes, incluidos trabajadores y residentes del asilo. Asimismo, se incluye el desglose de la oferta asilar y las actividades cotidianas de las cuidadoras y cuidadores.

En el tercer capítulo se hace referencia a la vida asilar situada en la vida cotidiana. En este apartado se comienza el análisis a partir de la descripción de los sujetos de quienes se apunta en el estudio, se expone la importancia del diagnóstico clínico y se enuncian las particularidades de las enfermedades en una situación de internamiento. De igual manera se expresan las prácticas cotidianas en relación a un día típico en el asilo y la dimensión de interacción y significado en los sujetos para posteriormente participar de algunas precisiones de la situación de reclusión.

Finalmente, se abordan los casos particulares de las personas adultas residentes, en donde se exponen las formas particulares de envejecer y de asumir la enfermedad.

Quisiera concluir, agradeciendo las facilidades y la apertura a los dueños del asilo: Pastor Nicho y Hermana Maruca (†), así como a ACARE, por todo el apoyo brindado, incluido el hospedaje y alimentación durante todo el periodo de investigación de campo. De igual manera, un fraterno reconocimiento a las cuidadoras, cuidadores y cocineras con quienes finalmente pude hacer una relación de cooperación y compañerismo en este trabajo.

Quiero dar las gracias al Doctor Sergio Lerín, por dirigir esta tesis y brindarme todo su apoyo y confianza, así como hacerme importantes señalamientos y aportes que ayudaron a construir este proyecto; un reconocimiento principalmente por tener la apertura de trabajar este tema con perspectivas como las que se hacen referencia en el texto y conducirme a terminar este proyecto.

Gracias a mis lectoras de tesis: Dra. Verónica Montes de Oca, Dra. Diana Laura Reartes y Dra. Lina Berrio por su lectura y aportes tan importantes. A cada una les agradezco infinitamente haberme leído con tal detenimiento y aportado tan significativas recomendaciones.

Agradezco el apoyo de beca brindado por CONACYT en estos dos años de estudiante para colegiatura y manutención así como al CIESAS, por su formación académica de excelencia y apoyo administrativo en este periodo de estudio: gracias, Rogelio.

Gracias a mis profesores de la línea de investigación en Antropología de la Salud y la Enfermedad: Dr. Eduardo Menéndez, Dra. Rosa María Osorio, Dra. María Eugenia Módena, Dr. Segio Lerín, Dra. Diana Laura Reartes y Dra. Lina Berrio; aprendí cosas invaluable de ustedes. Especial agradecimiento a mis compañeros de línea: Ana, Carlos y Belém por su amistad, su honestidad y su acompañamiento. También gracias a Elizabeth Paz, compañera de generación con quien siempre compartí inquietudes académicas y brindarme su amistad y apoyo en momentos difíciles. Gracias Ely.

Gracias a mi familia: Leticia, Jorge y Liliana por siempre estar en mi corazón y pensamientos y apoyarme en mis inquietudes de seguir preparándome aunque estuvieron lejos de mí cuatro años. Los extrañé mucho; ustedes son lo único que importa. Hermanita, no sabes cómo te extrañé.

Especial mención a la familia Frías Rodríguez, que en el D.F., me ayudó a instalarme y adecuarme desde el año 2011 y siempre han estado ahí conmigo celebrando mis triunfos y mis tropiezos académicos, en especial a ti, Roberto: toda mi vida en el corazón. Los quiero mucho.

Gracias a todos los que estuvieron, los que quisieron y los que dejaron de acompañarme en el camino, porque gracias a todos y todas ustedes, esto pudo ser la realidad que añoré por tantos años y poco a poco fui construyendo.

Capítulo 1

La vejez y el envejecimiento: la dimensión del problema

Introducción

En este capítulo se pretende dar un panorama de la dimensión analítica del tema, el cual da cuenta del interés por revelar la forma en que las personas adultas mayores construyen su vejez y enfermedades desde una perspectiva donde se sitúan las nociones a la luz de la experiencia de los propios sujetos. Por ello, se revisarán los conceptos, las disciplinas, las metodologías y los abordajes en los que estudia la temática, así como las generalizaciones y las particularidades que basan este estudio, el cual toma como punto de partida la dimensión subjetiva e intersubjetiva del fenómeno de vejez así como de la enfermedad.

Primero, partiré de que la vejez contiene varios procesos socioculturales además del biológico y que el uso de conceptos y categorías así como la selección de teorías dedicadas a su estudio, no es un asunto menor. De este modo, se sugiere otro punto de partida para conceptualizar la vejez y se generan los objetivos y las preguntas de investigación que se enlazan con un marco referencial y de aproximación metodológica que se flexibiliza con la mirada de la propia persona adulta mayor, quien es la que va construyendo e interpretando su situación de internamiento.

1.1 La vejez: Envejecer como proceso biopsicosociocultural

La vejez, como todo proceso relativo a los sucesos biológicos y físicos que los seres humanos atraviesan a lo largo de la vida, no está solo permeado por diversas y complejas experiencias sociales y subjetivas de acuerdo a la cultura, momento histórico y trayectoria individual que han vivido los sujetos, también es constitutivo de la forma individual y colectiva del transcurrir irreversible de los años en un cuerpo.

De acuerdo a la literatura revisada¹, los estudios que abordan la temática de la vejez y el envejecimiento parten de conceptos y definiciones diversas. Por un lado, el envejecimiento, de acuerdo a la postura de la cual se parta, tiende a privilegiar las explicaciones biologicistas detallando el proceso como una cuestión evolutiva, de deterioro molecular o de transformaciones de un organismo. No obstante, los enfoques demográficos, socioeconómicos y socioculturales cada vez son más notables en los análisis. Podemos encontrar cada vez más, abordajes que incorporan diversas metodologías y puntos de partida que integran el saber empírico en los análisis proporcionando un tratamiento más fino de los datos al cotejarse y discutirse con las teorías.

Si bien el nuevo paradigma² es inclusivo con perspectivas más orientadas al papel social y las posturas psicológicas más abiertas, la conceptualización sigue siendo un asunto ambiguo y dependiente en gran medida de la orientación teórica saliente. No obstante, en esta investigación, partí de la premisa de que el envejecimiento y la vejez pueden ser asuntos conceptualmente distintos y estar contruidos desde dos miradas que sugieren metodologías que caminan en dirección paralela, pero que no deberían tener el mismo significado conceptual, ni equipararse o esperar el mismo tipo de hallazgos. Sin embargo, una explicación pertinente y que llega a aclarar acerca de lo que puede tratar uno u otro concepto es que el envejecimiento es un proceso que vive todo organismo desde que nace, es decir, es inherente a él como también lo es el desarrollo, sin embargo, uno está más presente que el otro o es más representativo en ciertas etapas de la vida de las personas (Ariztizabal *et al*, 2013). En este sentido la vejez como una etapa de la vida de los individuos que incluye el proceso de envejecimiento y de desarrollo,

¹ Cabe aclarar, que la literatura revisada, así como el rastreo de la construcción del concepto de envejecimiento a partir los aportes no empíricos, subrayan la orientación psicologista, pues son los mismos documentos quienes así tienden a iniciar la mayoría de las discusiones. No obstante, no quiere decir que sean los únicos puntos de partida ni únicas referencias en el tema, pero quizá sí los más citados y más ampliamente difundidos fuera del área exclusivamente biomédica. Compilaciones como la de Nérida Asili (2004) y Fernando Quintanar (2011), entre otras fuentes citadas en este trabajo, ejemplifican la orientación de la interpretación y análisis en los temas de vejez y envejecimiento.

² Como nuevo paradigma me refiero al posicionamiento de los nuevos estudios sobre vejez y envejecimiento, los cuales complejizan el problema con otras variables y perspectivas fuera de la dimensión eminentemente biológica.

permite indagar sobre la experiencia de vida de dicho periodo en cada sujeto, pero también permite adentrarnos en el marco sociocultural y de vida cotidiana en el cual se encuentre.

Otra postura aclaratoria y relacionada a la anterior, es la de Zetina (1999), quien indica que hablar de vejez es hablar de supuestos hipotéticos de un proceso dinámico que debe estudiarse desde diversas edades. Esta aproximación, incluye las formas en que los individuos vivieron esas etapas de tal modo que se incorporen variables desde otras miradas y disciplinas. Por ello, hablar de vejez es hablar de “un periodo de la vida humana muy amplio y variante, que puede abarcar más de 40 años de la vida del ser humano”, por lo que la apuesta debe ser un abordaje que promueva la pluralidad y las diversas manifestaciones de la vejez.

Si bien toda revisión conceptual es necesaria y pertinente para el complejo proceso de la construcción del objeto de estudio, de acuerdo a la propuesta de ruptura epistemológica que propone Bourdieu (2008), una definición previa de un objeto como construcción teórica provisional, favorece la fragmentación de nociones ajenas a una primera noción científica.

De este modo, la vejez puede ser un concepto construido a partir de un abordaje cualitativo, un dato etnográfico, un ejercicio que abstrae del material empírico aspectos simbólicos que se materializan en categorías que son más heterogéneas y tendentes a la particularización de los casos y a sus componentes; y el envejecimiento, a su vez, una aproximación con más tradición en los estudios de la población adulta mayor de acuerdo a sus características demográficas y psicológicas que se anclan al deterioro orgánico y que tienden a dialogar con las posturas biomédicas preponderantes. En México, la invitación hacia la primera perspectiva las encontramos en Robles (2006) y Montes de Oca (2010), cuyas preocupaciones de análisis se interesan por trabajar la vejez desde una perspectiva compleja y contemporánea que incluya el conocimiento de otros

conceptos, temas y actores, así como la discusión de las cualidades heterogéneas de la vejez.

Como se ha revisado, el concepto de vejez es amplio y no existe una apuesta en concreto, y aunque hay variadas dimensiones para definirle, como las perspectivas cronológica, fisiológica y social (Huenchuan, s.f.), en esta investigación me aproximo más a una concepción de vejez que implica:

(...) una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida (Marín, 2003: 28).

Este texto, sin embargo, plantea una definición de vejez como una construcción sociocultural de la vejez, desde ahora (CSVE), la cual incorpora las voces de los sujetos entrevistados con base a un ejercicio de traducción de su autobiografía en el antes de la experiencia asilar, pero fundamentalmente, las que se dan dentro de éste, es decir, a partir del manejo de la interpretación personal de dichas experiencias las cuales son resultado de la forma en que se ha impuesto la cuestión asilar en la conciencia de los sujetos.

En este sentido, Vásquez y Ronzón (2014), plantean la importancia de antropologizar las vejeces y dar cuenta de la etnografía de las experiencias y expectativas de los ancianos desde una nueva cultura.

Por ello, el aporte antropológico a los estudios sobre vejez y envejecimiento me parece fundamental, ya que busca realizar una reflexión en torno a un flujo de acontecimientos socioculturalmente situados que se arraigan con elocuencia en las representaciones y acciones de los sujetos en la vida cotidiana, que es, en todo caso, lo que da sentido a su existencia y lo que construye su devenir. La vejez, desde esta perspectiva, es una aproximación de sentido, un estado que subyace de la memoria del sujeto frente a una situación sociocultural concreta, que incorpora su biografía en la experiencia de un cuerpo en un estado específico

de deterioro biológico y de disminución de las capacidades sociales frente a la interacción social que le toca afrontar.

Esta definición incluye similitudes, diferencias y contradicciones, pues retoma la voz de un sujeto que trata de explicar el orden de eventos significativos a lo largo de su vida y su sentir actual bajo la condición de encierro. Estas nociones de vejez y enfermedad se sitúan frente a una posición que revela a unos sujetos en interacción que se reconocían y construían de acuerdo a una trayectoria de vida, a las relaciones interpersonales más significativas que tenían en el pasado y las que inevitablemente establecieron en el asilo a través de las rutinas cotidianas de cuidado y algunas actividades terapéuticas relacionadas con cada una de sus enfermedades. Por ello, las definiciones de vejez y enfermedad fueron resultado de una comprensión intersubjetiva; como proceso situado en la vida asilar dentro de una estructura física y de espacio sociocultural. Esta orientación participa de la propuesta de Menéndez (2010), cuyo cuerpo teórico-metodológico y dimensión analítica, consideran al Punto de Vista del Actor (PVA), el aspecto relacional, así como las representaciones y prácticas de los sujetos dentro de los procesos de salud/enfermedad/atención, rectores de los temas de salud y enfermedad desde la antropología médica.

Los paradigmas sobre vejez y envejecimiento su recorrido y los estudios en el nuevo paradigma

Los estudios sobre el envejecimiento han atravesado varias etapas, siendo las dos primeras las que consolidaron la orientación biológica para explicar este proceso. La primera etapa, va del año 1835 a 1918, e inicia con propuestas antropométricas para medir el rendimiento de las personas. En esta misma etapa, se introduce el término *geriatria* por Nascher en el año de 1909, con el cual se trataba de establecer relaciones entre aspectos sociales y la modificación de las funciones fisiológicas.

La segunda etapa comprende de 1918 a 1940 y en ella se desarrollan investigaciones experimentales sobre el rendimiento y la inteligencia de las

personas adultas mayores, así como se da inicio a la creación de institutos especializados en envejecimiento en la Universidad de Stanford y en Harvard, esto como respuesta a una necesidad imperante frente al reto de la posguerra y la desocupación de los individuos en ascenso.

Para los años 50, se funda la *Asociación Internacional de Gerontología* que funge como un punto de partida fundamental para la generación de investigaciones, informes y estudios que cambiaron la orientación del trabajo que se había estado realizando en las etapas anteriores. Dentro de este nuevo paradigma, también surgen los aportes sociológicos, de la psicología social y de la personalidad (Pérez, 2011). Asimismo, la mayoría de los estudios sobre envejecimiento se han centrado en los aspectos físicos y biológicos o en asuntos más enmarcados en el terreno de lo macrosocial. De igual manera, la psicología, construyó una sola forma de aproximarse al estudio de los procesos subjetivos al carecer de una teoría que se aproximara con mayor fidelidad al terreno de la explicación de los aspectos psicológicos.

Ahora bien, desde el plano de los análisis hechos a partir de la dimensión subjetiva, se han construido varios abordajes que, en pos de la objetividad de la disciplina psicológica, simplifican y sitúan en un lugar hegemónico al organismo y al cuerpo para a partir de él, explicar los fenómenos que ocurren en el plano psíquico. De este modo, son el cerebro o el sistema nervioso central los que dilucidan las respuestas en los análisis subjetivos.

Los nuevos estudios sobre vejez y el envejecimiento, sugieren nuevas formas de construir la problemática desde una mirada que intenta no fragmentar los elementos que pueden componer el universo del problema, al tiempo que discuten críticamente e intentan romper con los principios de un paradigma positivista que suprimía la visión de conjunto.

En la actualidad, la expresión *biopsicosocial*, alude a la complejidad de factores que constituyen los análisis sobre vejez y envejecimiento, planteando que no hay una sola manera de envejecer, sino la presencia de diversidad y heterogeneidad

(Pérez, 2011). Aunque estos planteamientos estimulan la discusión y la investigación en torno al estudio de la vejez desde una perspectiva más compleja, la dimensión sociocultural sigue estando poco revelada tanto en términos descriptivos como en los teórico-metodológicos. Desde la perspectiva antropológica, la apuesta por una indagación sociocultural, va más allá de hacer a la cultura un factor importante de los temas que circulan en torno a la vejez, y es antes que nada, una forma de mirar y trabajar la realidad a partir de una unidad de análisis que se define por la constitución y la serie de procesos que rodean a un grupo de individuos en un contexto específico.

En este sentido, es que la indagación sobre las concepciones de la vejez y enfermedad y su construcción a través de unos sujetos que se encuentran en condición de asilo posibilita rastrear acontecimientos decisivos y sus manifestaciones actuales en tanto dan cuenta de una etnografía local de la forma en que se da la vida de acuerdo a la participación colectiva e individual de las personas envejecidas y otros actores bajo una tutela institucional.

1.2 El envejecimiento demográfico y enfermedades en la vejez: Escenario y proyecciones en México y Nuevo León.

Los análisis concernientes al interés sociodemográfico, dan cuenta que en México, la población pasó de los 18 millones de habitantes en 1930 a 100 millones en 2000. Se espera que su volumen siga aumentando hasta llegar a poco más de 130 millones a principios de la década de los 40. Entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28% (INEGI, 2005). Asimismo, el estado de dependencia demográfica para edades avanzadas según datos del Consejo Nacional de Población para 2013, se expresa de la siguiente manera: de 1990 a 2013 la razón de dependencia demográfica para la población de 65 años o más respecto a la población total, pasó de 4.3 a 6.5 adultos para cada 100 habitantes. Se esperan que esas cifras vayan creciendo al paso de los años.

Datos censales para el 2010, apuntan que en el 26.1% de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años o más. Asimismo, la relación de dependencia por vejez³ es de 9.7% por cada 100 personas en edad productiva (INEGI, 2010).

Otros datos reveladores sobre la situación que vivirá el país, es la hipótesis intermedia que maneja las Naciones Unidas para el país hasta la información recopilada en 2012, en donde el punto más alto de la función de la población será en el año 2057 con 157 millones de personas. La tasa de crecimiento demográfico en el periodo 2015 a 2020 se estima en 1.1% anual. Aunque este panorama es de significativo aumento, para la segunda mitad del siglo presente, habrá un notable decrecimiento de la población que llegaría hasta el -0.4% anual. Este escenario avizora serias complicaciones en la dinámica poblacional del país, pues en 175 años la población se reduciría a la mitad. Este tipo de referentes no sólo sugieren el drástico cambio que sufrirá la población mexicana en un par de décadas, también nos invita a reflexionar sobre las características socioculturales en que se pondrán en operación toda serie de mecanismos y estrategias pronatalistas, como sugiere el texto, pero también sobre el trato, las condiciones y el estilo de vida que tendrán los viejos en un país de viejos.

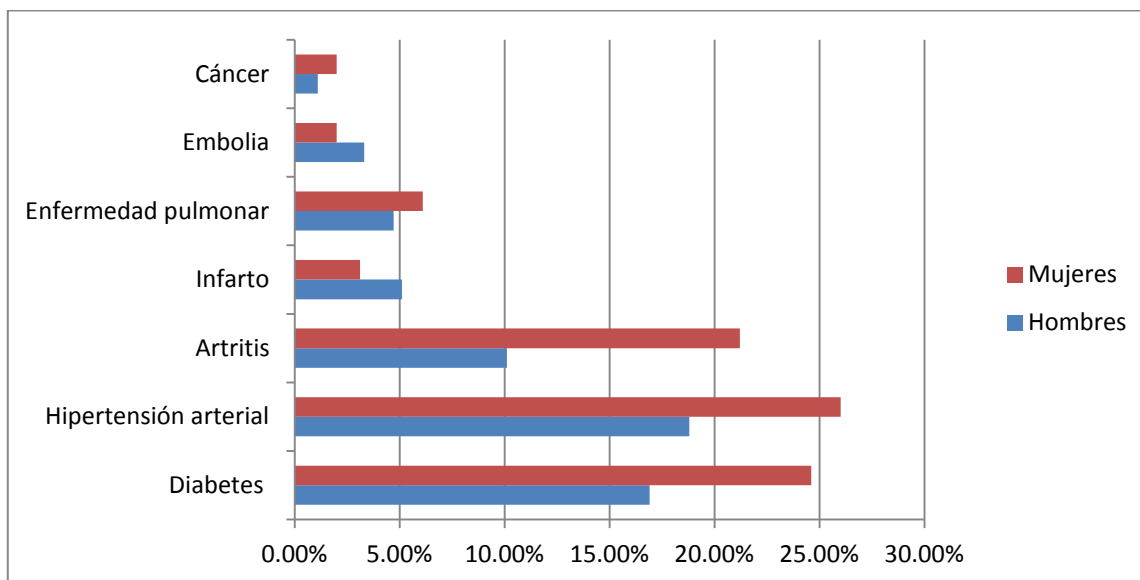
Las enfermedades en la vejez: Perfil epidemiológico

Para INEGI (2013), para la población adulta mayor, las enfermedades crónicas son las más recurrentes como las cardiopatías, las cerebrovasculares y las pulmonares. En México, la situación es bastante similar, siendo las cardiopatías isquémicas y la diabetes, las enfermedades que constituyen el 24% de la carga de enfermedad en la población adulta mayor (Véase gráfico 1). Las enfermedades crónicas tienen su origen en estilos de vida no saludables que una vez que se complementan con la edad avanzada, promueven la incapacidad del individuo. Este tipo de enfermedades no sólo implican la atención médica continua e

³ La relación de Dependencia por Vejez, es un indicador que expresa la carga económica que representa la población de adultos mayores. Se define como el peso relativo que tienen los ancianos sobre la población en edades intermedias (15-64 años) (CONAPO, 2014).

indefinida para el sujeto, también tiene graves consecuencias en los costos en materia de atención a la salud, tanto a nivel institucional y colectivo como individual.

Gráfico 1. Porcentaje de enfermedades crónicas por sexo.



Fuente: Elaboración con base a ENASEM (2012).

También en este grupo de población se generan otra serie de enfermedades catalogadas como síndromes geriátricos, que aunque se presentan de forma atípica, generan discapacidad funcional y social y afectan hasta al 90% de los ancianos en edades avanzadas. El principal síndrome geriátrico es el déficit visual con 47.7% el cual se presenta de un 41.3% en la prevejez (60-64 años) a 76.7% en los ancianos en la vejez avanzada, es decir, en los sujetos de 80 años y más; el segundo déficit es el auditivo el cual afecta al 42.9% de los adultos mayores y se incrementa con la edad de 34.5% en la pre vejez a 68.9% en la vejez avanzada.

Panorama del envejecimiento demográfico y las enfermedades en Nuevo León

En el estado de Nuevo León, según los datos arrojados para los censos del 2000 y 2010 de INEGI, la población aumentó a una tasa de 1.74% anual y para el caso de los adultos mayores fue de 3.88%, es decir, la población pasó de 274 mil 873 a 407 mil 278.

En el plano de la dependencia de los ancianos y ancianas, las cifras de INEGI (2013), reportan que el 17.2% tiene alguna discapacidad (70, 081 personas). La principal causa de discapacidad para los adultos mayores es por enfermedad con 48.2%, seguida de la avanzada edad con 38.8%, aunque para el grupo de edad de 85 años y más estos porcentajes contrasten, estando la discapacidad por enfermedad en 25.1% y por edad avanzada a 67.4%.

La mayor proporción de esta población se encuentra en los municipios metropolitanos de Monterrey con 33.1%, Guadalupe 14.1% y San Nicolás de los Garza 10.1%. No obstante, en el contexto rural es donde se reportan mayores casos de ancianos que tienen dificultades para caminar o moverse: Los Aldamas 88.5%, Rayones 78.3% y China 76.8 %; en cuanto a la deficiencia visual, los municipios que más la presentan son Vallecillo con 50.9%, Pesquería 40.5% y Doctor González con 40.3%.

1.3 La vejez desde un enfoque sociocultural. Etnografía de las representaciones y experiencias de vejez de los adultos mayores residentes de instituciones asilares.

Para comprender las pautas de difusión y análisis de los estudios sobre envejecimiento y vejez, es necesario examinar cómo se construye el objeto y problema social. En este apartado, se hace énfasis en que la construcción y el uso del concepto de vejez se encuentra situado sociocultural, temporal y espacialmente. Para Lenoir (1993), los conceptos se han adherido en la práctica cotidiana del saber, de acuerdo a las relaciones sociales de fuerza, las

generaciones y clases sociales que han fungido como plataforma para su puesta en la agenda del análisis social.

Para este mismo autor, la génesis de un problema social no radica necesariamente en su emergencia, sino en la puesta en marcha de discursos dignos de discusión y de legítimo análisis en un espacio específico de la sociedad. Por ello, el antropólogo, el sociólogo u otro tipo de investigador social, ha de tomar en consideración que existen tanto en su objeto como problema de estudio, representaciones preestablecidas que le harán concebir y conducir de cierto modo la investigación.

Es así, que el proceso de investigación exige no sólo en depositar a la empiria atributos que desde los planteamientos teóricos se han asumido como explicativos, antes bien, es preciso interrogar de determinada manera, o en otro plano, la recogida de datos ya que es también desde este plano que se debe evidenciar la congruencia de los instrumentos que se utilizan con el objetivo de la problemática y los datos que se arrojan, a fin de establecer un cuerpo coherente de información.

La propuesta de ruptura epistemológica de Bourdieu (2008), acerca de las prenociones y construcciones que integran el sentido común, consiste en aplicar las técnicas de objetivación a todo el proceso de investigación, es decir, que se precisa romper con el saber inmediato de los conceptos y su uso corriente para describir la realidad social; este aspecto funge como una estrategia fundamental, ya que es a partir del rastreo del lenguaje contenido en dichos conceptos que se pueden establecer nociones que den explicación con pertinencia a las problemáticas sociales. “Lo que se designa “problemas sociales”, varía según las épocas y las regiones y puede desaparecer como tal en tanto que los fenómenos a los que se designa subsisten” (Lenoir, 1993: 61).

Para la serie de tópicos problemáticos que ocupan a los estudiosos y estudiosas de la vejez y el envejecimiento, el origen del concepto debe ocuparnos un lugar

fundamental al momento de construir nuestro problema de estudio. Lenoir (2003), también apunta para este caso específico, que la vejez como problema, puede estar constituido por razones de carácter muy diferente entre sí, por ejemplo, a partir de la dimensión de las desigualdades de acuerdo a los niveles de pobreza, los desbalances por los cambios demográficos, o la búsqueda del aumento de la vida biológica. Un ejemplo de parámetros definitorios de las personas envejecidas es la que se da a través del marcador de la edad, como una categoría natural que poseen los individuos. A través de la edad, se elaboran criterios que están al servicio del establecimiento de instituciones y personas que se especializan en poner a discusión determinados temas. El valor organizativo que ocupa la edad se observa visiblemente en la forma administrativa de identificación de los sujetos a razón del grupo de edad al que pertenecen.

(...) según la época, las costumbres, las instituciones, la composición misma de la población se adjudica más o menos importancia a este carácter y la opinión define a la vejez...En otros tiempos, en América, un europeo de 50 años se consideraba joven para iniciar negocios, en tanto que a esa edad, en nuestro país, se retiraba del comercio o se jubilaba” (Halbwachs, citado en Lenoir, 1993: 63,64).

Otro tema que subyace de su análisis del concepto de vejez, es la pugna silenciosa del relevamiento de sujetos más viejos por otros más jóvenes, es decir, una lucha generacional, por el derecho de ocupar espacios justificada por la juventud de los individuos.

Aunque todas estas posibilidades analíticas son de inicio un punto de partida interesante, el autor también advierte que no es deseable mantener un foco estricto en ciertos determinantes de lo que se ha establecido como la explicación del problema. Antes bien, es necesario identificar la forma en que se inscribe el problema en determinados contextos pues, cierta definición de la vejez alude a la incapacidad de los sujetos para valerse más por sí mismos, lo que llega a justificar dejarlos fuera del engranaje productivo en la economía capitalista, realidad que a la vez, nos expone lo determinante que es la organización social a través de la economía de mercado y los criterios que excluyen a esta población.

Frente a esta propuesta de escrutinio del origen del concepto y del problema social de la vejez, es que la fotografía de carácter etnográfico toma una importancia vital, al ser ésta la que capta el momento preciso en que ocurren una serie de fenómenos. Estos fenómenos a su vez, van dialogando y generando vínculos con consonancia no sólo con los postulados teóricos, también con la forma en que se elaboró y desarrolló el trabajo metodológico y las técnicas de obtención de información.

Al viejo se le puede identificar por sus particularidades individuales o “naturales”, pero también a partir de estar situado en una etapa del ciclo de vida o como un representante de la colectividad de sujetos envejecidos; con éstos y otros rasgos, los diversos actores sociales definen al viejo y los utilizan como referentes para ubicar al otro en diferentes clases de pertenencia. Este proceso no sólo identifica al otro, quien es definido, sino también a quien define, al existir una negociación entre la cultura de grupo de pertenencia de quien define y de quien es definido (Robles, 2006:155).

Si bien esta es una apuesta ambiciosa, para el caso de los estudios enfocados al rescate de las experiencias de vida y la construcción de significados es especialmente necesaria, pues la forma en que se constituyen los elementos empíricos, tanto desde el plano de la estructura, el grupo social y el individuo, difieren de un contexto social a otro aunque compartan vastas similitudes de acuerdo a su caracterización como conjunto social o a las problemáticas compartidas que enfrentan. Sin embargo, las particularidades y la búsqueda de la explicación de un evento, es posible determinarse bajo una propuesta de investigación que va trabajando de manera artesanal lo que ocurre en el terreno de las representaciones y las prácticas que los sujetos viven en su mundo. Para Bourdieu (2008), la familiaridad que tenemos con el objeto de estudio es el principal obstáculo y mina toda posibilidad de construir otras alternativas concordantes con lo observado.

Para Robles (2006), retratar la experiencia de envejecer, necesariamente requiere conceptualizar a la vejez como una experiencia, por lo tanto, incorpora las formas subjetivas en que se representa la realidad en relación con el tiempo, el espacio,

el yo y toda serie de elementos emocionales y de sentido que conforman la vida de los individuos que se presentan en el terreno de la vida cotidiana.

De acuerdo a estos planteamientos, la aproximación etnográfica, constituye un importante lente que recaba y construye las diversas formas de vida de los grupos sociales de acuerdo a la forma en que cada sujeto vive una realidad en un mundo dado. Asimismo, la disciplina antropológica se enfoca en las formas en que se dan las creencias personales sobre un fenómeno dado y cómo éstas tienen influencia en la experiencia y en la conducta. “Más importante aún es que estas creencias forman una pauta coherente de ideas según las cuales se explica la enfermedad” (Fitzpatrick, *et al.*, 1990: 20), así como cualquier evento relativo a los temas de salud y enfermedad.

1.4 Del planteamiento del problema, los objetivos y las preguntas de investigación.

Planteamiento del problema

Los procesos de salud/enfermedad/atención están presentes en todas las sociedades y revelan construcciones individuales y colectivas de la salud, la enfermedad, los padecimientos y la atención, así como las estrategias de los grupos para enfrentar las consecuencias de dichas problemáticas. Este punto de partida analítico es además un eje fundamental para comprender el devenir de la producción y reproducción biosocial (Menéndez, 1997).

Desde la antropología médica, el análisis de las problemáticas que rodean al campo de la salud y enfermedad en cada uno de sus procesos, se interesa en la comprensión de la relación que tiene cada cultura en las enfermedades y padecimientos de determinados grupos, al tiempo que establece un marco teórico metodológico que revela las particularidades de los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos inscritos en un marco social concreto. Asimismo, la antropología médica tiene una preocupación por entender e integrar

determinadas capas de la realidad a fin de comprender un problema de salud de manera holística; ve a las enfermedades como flujos de eventos en donde los casos atípicos resultan centrales.

Los abordajes del estudio de la vejez, pero sobretodo del envejecimiento, sugieren varios enfoques para tratar áreas específicas de la investigación de las personas envejecidas. Sin duda, el abordaje sobre el envejecimiento biológico es una de las aproximaciones más importantes a contemplar cuando se tiene por objeto determinar a la población anciana a partir de los cambios que el cuerpo tiene al paso de los años. Este enfoque, problematiza los elementos asociados al deterioro biológico y hace énfasis en el debilitamiento de la funcionalidad, de la fuerza y masa muscular, las complicaciones en la agudeza visual y auditiva, la disminución de la reserva funcional, cardíaca, respiratoria, neurológica, etc.

Si bien esta postura se interesa por la transformaciones de estos aspectos, también ha vinculado el papel que tiene la pérdida de funcionalidad psicológica como el estado de ánimo y otras funciones cognitivas; asimismo, esta aproximación ha incluido en estudios recientes el papel de la esfera social en cada uno de los elementos disruptivos de la vida del sujeto debido al deterioro físico (Montaña, s.f.).

Otra aproximación al estudio del envejecimiento de la población ha sido establecida a través de la edad de los sujetos, y aunque es un marcador nominal del paso del tiempo, permite reflexionar acerca de lo que la edad acompaña en los sujetos. Para Ríos (2009), no puede desligarse el envejecer de la construcción social y cultural, ya que al momento de establecer a la edad como criterio que traza el avance cronológico de los años de vida de un sujeto biologizándolo, se sacrifica el carácter histórico-social de un fenómeno que es socialmente producido. Para la mayoría de las instituciones dedicadas al estudio de la población adulta mayor e incluso aquellas que se dedican a realizar los censos poblacionales en el país, clasifican a la población adulta mayor como aquella que supera los 60 años (INEGI, 2013).

Un aspecto que acompaña la condición de envejecimiento es la relación con el padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas según el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM). En México para el 2012, la hipertensión arterial, diabetes y artritis eran las tres principales, así como las afecciones pulmonares, infartos, embolias y el cáncer. Este es sin duda un aspecto que se enfatiza en la investigación, ya que en el asilo en el que realicé este estudio se tiene una alta población interna invadida por la cronicidad de sus padecimientos y enfermedades. Más del 90% de los asilados en este estudio padecen alguna enfermedad crónica, destacándose la diabetes, la artritis, la disfuncionalidad motora y discapacidad visual como las principales.

Sin duda, los enfoques y las variables con las que los estudios se acercan a tratar el fenómeno del envejecimiento y el de la vejez son diversos, abordan necesarias partes de la realidad del universo en que se estudian y se complementan unas a otras.

No obstante, para el análisis de este trabajo mis puntos de partida fueron: 1) enfatizar que tanto la vejez como las enfermedades en los ancianos y ancianas, son procesos que se construyen a partir de cierta etapa de la vida de éstos y que no están necesariamente vinculados a una edad determinada; 2) que la vejez, es tanto una condición como una posición; una condición porque el cuerpo revela el deterioro celular a través de la disminución de funciones motrices y sensoriales, la aparición de enfermedades y dolencias; y de posición, porque es este mismo proceso biológico una vez vinculado al contexto sociocultural el que revela la construcción objetiva y subjetiva que tiene el sujeto de su estado; y 3) el de retratar descriptiva y analíticamente la forma en que los sujetos constrúan su vejez y enfermedad en el tránsito que tenían de una situación de libertad y relativa o completa autonomía, a una de retiro, disciplina, rutinas y dependencia. Sin embargo, este horizonte prontamente fue rebasado debido a la complejidad que encontré en campo, básicamente a partir de la serie de elementos empíricos que

hacían necesaria otra reflexión teórica y metodológica que dialogara más fielmente con lo observado y conversado con los actores principales de esta investigación.

Bajo la selección de esta dimensión del problema, fue que consideré apropiado hablar de la CSVE, como una orientación que englobaba aspectos de un proceso situado socioculturalmente y caracterizado por la subjetividad del propio sujeto que explicaba a otro y a sí mismo, el transitar particular de su envejecimiento, la experiencia y el devenir de éste y sus enfermedades dentro de una situación de encierro. De este modo, el envejecimiento se subordina a la vejez, pues la entendí como un complejo proceso en donde intervinieron lugares, momentos, personas y percepciones. Aproximar la mirada desde esta perspectiva, me permitió trabajar con amplitud el espacio físico, describiendo la coexistencia de una infraestructura limitada, la presencia de personal ni profesional ni capacitado que ejecutaba normas institucionales con una rigidez volcada a la disciplina y el control de los residentes para facilitar el desempeño organizativo que medianamente cumplía ofreciendo un servicio deficiente en un contexto rural con alta demanda. De igual modo, me permitió conocer la vida cotidiana de los sujetos y conocerlos a ellos, lo cual era fundamental para identificar las determinantes de su condición de vejez.

Los sujetos con los que trabajé se podían caracterizar como ancianos: tenían una condición biológica que los diferenciaba de otros grupos sociales en su contexto más inmediato y bajo ciertos parámetros demográficos y poblacionales, eran catalogados como personas mayores, pero también eran personas que estaban inscritas a un contexto rural y a una trayectoria personal que necesariamente se vinculaba a la posición que ocupaban dentro de una dinámica asilar que los definía y los particularizaba de otros ancianos; los condicionaba a la vez que los constituía y construía.

Esta relación fue fundamental para explicar la forma en que ellos revelaban a partir de las vivencias cotidianas actuales, la vejez y la enfermedad, tanto en la rememoración de situaciones importantes del pasado, como en la experiencia vívida. La institución por tanto, no podía ser solamente un factor o un elemento sujeto a la descripción del lugar de la investigación, sino un gran eje del que se

desprendieron otros aspectos que revelaron aspectos más significativos de las prácticas cotidianas y la construcción de sentido en los ancianos y ancianas.

Sin duda, esta construcción tiene elementos compartidos por los sujetos que se asumen en la ancianidad, pero que es a través de experiencias diferenciadas de acuerdo a la trayectoria de vida individual y las relaciones sociales que se constituyeron a lo largo de su vida, que se pueden analizar los eventos y elementos detonantes de la toma de conciencia de la vejez, la significación de las enfermedades y su expresión en el terreno de las prácticas.

El lugar de la investigación

Respecto al contexto en donde realicé la investigación, Los Ramones, es un municipio rural del estado de Nuevo León de 5,359 habitantes cuyo porcentaje de personas mayores a 60 años alcanza el 23%⁴. Asimismo, es el asilo *Sinaí Fuente de Reposo*, el único espacio que ofrece un servicio asilar que se encuentre en el municipio. La clasificación socioeconómica del mismo se encuentra en el estrato económico bajo. La forma en que subsiste se da fundamentalmente a través de los pagos que dan los residentes o los familiares de éstos, las pocas donaciones (casi siempre en especie) que recibe por medio de la Red de Asilos y Casas de Retiro del estado de Nuevo León (ACARE) y algunos pocos apoyos que ocasionalmente otorga la Secretaría de Desarrollo Social del estado⁵.

Justificación

Considero que estudiar el envejecimiento implica analizar un proceso que trasciende tanto la experiencia biológica del deterioro físico, la enfermedad y dolor del cuerpo, como las representaciones y prácticas relacionales de sujetos sociales inscritos a determinado contexto social.

⁴ INEGI, 2012 Marco geoestadístico nacional. Localidad geoestadística Hidalgo, Los Ramones, Nuevo León. Consultada el 12 de junio de 2014
http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/consulta_localidades.aspx

⁵ ACARE, www.acare.com.mx

Estas relaciones sociales a su vez evidencian la necesidad de complejizar los niveles epidemiológico y cultural; desde la primera dimensión, respecto a las especificidades de la situación clínica de las personas ancianas atravesadas por determinados padecimientos y enfermedades que les aquejan; y desde la segunda, a partir del tipo de interacción y significados que se generan de acuerdo al contexto social al que pertenecen.

Si bien el envejecimiento demográfico podría ser razón suficiente para analizar la vejez en la región, más que ser el planteamiento de la investigación un problema asociado a los aspectos sociodemográficos, análisis ciertamente necesario, en este ejercicio, me planteé rescatar la importancia que tiene investigar a la población envejecida en el tránsito que tienen de la vida en el hogar u otros espacios domésticos y privados, a la experiencia asilar y, cómo es a partir de su revisión retrospectiva y experiencias cotidianas en un estado y otro, construyen no sólo configuraciones sobre su vejez, también de la enfermedad o enfermedades que padecen.

Considero que es importante estudiar la construcción social de la vejez y las enfermedades porque pienso que es interesante revelar cómo procesos que la mayoría de la población del país vivirá, pueden evocar a partir de la pérdida de la salud, la juventud, vitalidad o el fin de la existencia, la tragedia personal, las estrategias, planeación y proyección de los últimos años de vida como sujetos ancianos desde el primer evento o serie de eventos que despertaron la preocupación o conciencia de estar envejeciendo, hasta el momento en que iniciaron la experiencia asilar.

El análisis de la construcción de la vejez y las enfermedades a partir del tránsito de la vida en el hogar al asilo y la exploración del nivel de la posición, roles de los adultos mayores, así como el tipo de relaciones sociales que tuvieron a lo largo de su vida, resulta a mi parecer, una arena interesante a profundizar, pues aunque la literatura en términos de análisis cualitativo se encuentra en ascenso, existen

todavía pocos estudios que trabajen no sólo la dimensión de la subjetividad de la experiencia de la vejez de viva voz de los sujetos que la corporeizan, también son pocas las aproximaciones en las que se analiza tanto el nivel de las representaciones como el de las prácticas.

En este sentido, la investigación tuvo el interés de priorizar la construcción sociocultural de la vejez y la enfermedad de un sector vulnerable, en un asilo de estrato económico bajo de contexto rural, a fin de indagar en la subjetividad de sujetos que comparten en un espacio de encierro y asilamiento, su vida y un singular devenir que casi en la totalidad de los casos finaliza con la muerte.

Objetivo general

Esta investigación tuvo por objetivo analizar cómo los adultos mayores construyen social y subjetivamente nociones de vejez y enfermedad a partir del recorrido que tienen de la vida ajena al asilo a una condición de retiro, pensando que el proceso de envejecimiento y la aparición de enfermedades que trascendieron en el pasado, proporcionan una etiqueta a los sujetos como ancianas, viejos, personas adultas mayores, enfermos, discapacitados etc., y que es gracias a éstas, que puede clasificárseles, ser objeto de estereotipos y asignárseles ciertos espacios que se convienen socialmente como la habitación más solitaria de una casa o un asilo.

En el terreno de las representaciones, el propósito fue realizar una aproximación retrospectiva que indagó acerca de las nociones de vejez y enfermedades en los sujetos de acuerdo a diversos factores socioculturales que influyen en su vida como personas adultas mayores. La edad, el comienzo de enfermedades, el distanciamiento de las relaciones sociales, la disminución o el término de la vida productiva, son algunos de los elementos que resultan importantes en las representaciones que construyen los ancianos y ancianas para comprender su presente. De igual manera, al ser la experiencia vivida la determinante en las representaciones rescatadas, se contemplan elementos de la subjetividad de los

actores: los cambios en la vida cotidiana, la reconfiguración de identidad, la construcción del yo, las emociones o el dolor, como algunos de los aspectos que se analizan a fin de elaborar un trayecto de representaciones y experiencias de vejez, que para estos sujetos finalmente termina en una institución asilar.

En la dimensión de las prácticas, mi interés estuvo abocado a realizar una exhaustiva descripción de la institución asilar en tanto lugar donde se desarrollan prácticas que monopolizan el cuidado y atención de los adultos mayores. En este terreno, me interesó rescatar el papel que desempeña el tipo de espacio físico y material del asilo, así como la organización de dichas áreas y el rol y posición de cada uno de los actores que conviven diariamente con los adultos mayores. Asimismo, me enfoqué en las prácticas de interacción, cuidado y atención a fin de complementar el nivel de las representaciones con lo que cotidianamente ocurre en el terreno de la vida diaria.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este trabajo se dividen dos momentos, de acuerdo a los intereses de la investigación, es decir, analizar la CSVE desde una dimensión intersubjetiva, de tal manera que los objetivos se encaminan, primero, a la comprensión de una situación individual de la experiencia de la vejez y la enfermedad, pero que al mismo tiempo va trascendiendo y está contenida en la experiencia asilar como un entorno absorbente y lleno de significados, procesos interpretativos, acciones y eventos definitorios en su dinámica, por lo que me enfoqué en:

1. Describir y analizar las representaciones particulares de envejecer, enfermar y morir.
2. Describir y analizar la perspectiva y la experiencia de la vejez y enfermedad enmarcada en la situación de encierro.
3. Describir y analizar las implicaciones socioculturales del asilo en la comprensión y construcción de la vejez.
4. Describir y analizar la estructura física del asilo; el diseño de la edificación en

torno a las áreas, salas y otros espacios en donde los sujetos tiene actividad o descanso y observar como éstas influyen en la construcción de sentido.

5. Describir y analizar los servicios con los que cuenta el asilo en términos materiales y de recursos humanos, así como de los elementos de los cuales carece en la construcción social que los sujetos refieren.
6. Describir y analizar la organización, reglamentación y normas de la institución asilar en general, respecto a los ancianos y en poca medida en relación a las cuidadoras y otros actores en el asilo.
7. Describir y analizar las prácticas desarrolladas dentro del asilo, relativas al cuidado y la atención de las enfermedades ancladas a un diagnóstico clínico, la farmacia y la interacción desplegada bajo estas prácticas en los ancianos.
8. Describir y analizar la construcción objetiva y subjetiva de la institución y las rutinas cotidianas a través de la mirada y la experiencia del residente.

Preguntas de investigación

De acuerdo al objetivo general de investigación, se desprenden las siguientes interrogantes de trabajo:

1. ¿Cómo da inicio y cuáles son los elementos socioculturales y subjetivos por medio de los cuales los ancianos representan la vejez y la enfermedad antes del asilo?
2. ¿Qué papel juega el asilo como institución en la construcción social de la vejez y las enfermedades?
3. ¿Cómo es la experiencia cotidiana de vida de los adultos mayores en condición de asilamiento?
4. ¿Cuáles son los elementos socioculturales y subjetivos por medio de los cuales los ancianos y ancianas representan la vejez y la enfermedad en el contexto asilar?

1.5 Marco referencial

En este apartado, se expondrán los referentes teóricos que sustentan este trabajo de investigación los cuales intentan dialogar con la información obtenida en campo, así como hacer más explícita la dimensión del problema. Mi interés en este trabajo, como se expone en la presentación del mismo, es describir y analizar los elementos por los cuales los adultos mayores construyen socioculturalmente nociones de vejez y enfermedad a partir la configuración de su vida en un asilo y del recorrido anterior a esta experiencia.

Primeramente, este objetivo se hace operativo en el ejercicio que los adultos y adultas mayores hacen al mirar retrospectivamente lo que concebían y vivían en torno a la vejez en el contexto anterior al asilo, y en un segundo momento, se materializa en la experiencia asilar al nivel de prácticas y representaciones de estas prácticas que se desarrollan en una institución asilar.

Aunque ambos momentos contienen condiciones y experiencias diferentes de un mismo proceso, es importante clarificar que la situación institucional revela en los sujetos dimensiones explicativas que se relacionan directamente con el momento que actualmente viven. En otras palabras, el pasado y biografía del transcurso de las experiencias están influidos por el presente del anciano, en el cual rememora, construye y evoca no sólo un ordenamiento objetivo en su narrativa, también la más sensible y emocional interpretación del mundo que ahora le toca experimentar como anciano o anciana en una situación de internamiento.

La selección de este marco referencial me resultó funcional desde el momento en que comencé a edificar el problema y mucho más, cuando opté por profundizar en la manera particular en que los sujetos ven y viven su vejez y enfermedad dentro de una estructura asilar y bajo determinado curso de vida e interpretación biográfica.

Frente a este reto, es que tomé la decisión de trabajar con el construccionismo social y el interaccionismo simbólico como mis principales puntos de partida teóricos; asimismo, incorporé algunos apuntes de la etnometodología y fenomenología en la medida en que fueron una forma que metodológicamente me ayudó a argumentar los contenidos que se enmarcan en el terreno intersubjetivo, pues intentan exponer “realmente lo que pasó”, de manera que fue a partir de este método de análisis mediante el cual se explica la realidad de este grupo de actores en el momento preciso en que se desarrolla el estudio.

Uno debe comenzar por la exposición concreta e imaginar cómo pueden ser organizados diferentes cursos de acción de modo que sean compatibles con esa fotografía... Ese lo que sea se habrá usado para encontrar el resultado y es lo que habrá conducido a la decisión sobre la forma en que operó la sociedad para producir esa fotografía, para llegar a esa escena como su resultado final (Garfinkel, 2006: 27-28).

La mirada fenomenológica por otra parte, ayuda a colocar a la experiencia como aquella en la que se explica el mundo consciente en los sujetos. Alfred Schutz (1932), como máximo exponente de esta corriente, a partir de la identificación de las propiedades del sentido común y del terreno intersubjetivo, ubicó la dimensión interpretativa como el eje para explicar todo el conjunto de saberes prácticos que los individuos tienen en determinada cultura. La intersubjetividad de este modo, ayuda a la asimilación de los rasgos formativos que subyacen de la experiencia humana. “La experiencia es un proceso variable, situado en una trama de relaciones intersubjetivas, construido y reconstruido histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones que abarcan relaciones de poder, cuerpo, sexualidad, emociones y reflexividad” (Grimberg, 2003: 81).

En el plano aplicado y en el área de los estudios socio-antropológicos de la salud y enfermedad, los estudios fenomenológicos ocupan un lugar especial al describir a partir de las enfermedades y los padecimientos que tienen los sujetos, los cambios que tienen en la vida los individuos en un mundo que otros de un grupo social dan por sentado. El ejemplo de las enfermedades crónicas muestra la serie de

cambios que los enfermos sobrellevan de manera particular y que les posiciona en un mundo de experiencias distintas a la mayoría; estas experiencias a su vez, pueden ser analizadas de “manera objetiva” al ser un enfoque en donde la subjetividad de los pacientes, cuidadores u otro personal relacionado con los temas de salud y enfermedad, evidencian cierto tipo de conciencia y de explicación del mundo que ahora habitan de acuerdo a sus narrativas (Castro, 2011).

La realidad como interpretación del sujeto

El construccionismo social parte de la idea de que la realidad de la vida cotidiana y la conducta de los sujetos ha transitado por un ejercicio subjetivo de interpretación. Todos aquellos apuntes, saberes y definiciones del mundo en el que viven y se sitúan, se efectúan a través de sus pensamientos y acciones. La unidad empírica, es por ello, el contexto originario de representaciones. Estas figuras no apuntan a explicaciones causales o genéticas, antes bien, se interesan por revelar “las diversas capas de experiencia, y las distintas estructuras de significado” (Berger y Luckmann, 2003: 36).

En los sujetos, estar experimentando un mismo proceso como el envejecimiento, no homogeniza ni la forma en que lo viven cotidianamente ni cómo se siente y encarna la situación de vejez; de ahí la importancia de recuperar los elementos con las que los ancianos y ancianas construyen el sentido de su realidad como sujetos envejecidos.

Por haber atravesado procesos particulares de vida, los términos con que definen la realidad de su situación de vejez, aunque parecen distantes a un ordenamiento estructural, también refieren a una dimensión social de acuerdo a la posición que ocupan los ancianos y ancianas. Sin embargo, la funcionalidad de estas interpretaciones que en apariencia reflejan un discurso macrosocial del deber ser viejo, se explican de acuerdo a lo que el individuo sintetiza de la totalidad de la experiencia.

Así, lo que los sujetos envejecidos llegan a decir, suele establecerse de acuerdo a momentos continuados de su experiencia, a su biografía y lo que logran explicitar de su vida tiende a encajar y a ser mayormente coherente. (Berger y Luckmann, 2003). Esta línea de tiempo explicativa puede ser no ordenada para quien analiza su contenido, pero para el actor sigue siendo una explicación real de acontecimientos.

Otra dimensión que ayuda a clarificar lo que los sujetos condensan de su experiencia biográfica, es el Punto de Vista del Actor (PVA). Desde la Antropología médica crítica, el PVA propuesto por Menéndez (2010), se explica cómo al establecer al actor como la unidad de descripción y de análisis, y recuperar su voz en las serie de relaciones sociales que trascienden a su experiencia de enfermedad, es que es posible encontrar no sólo los significados de los padecimientos que los aquejan, también se les puede encontrar solución. A través de esta mirada teórico-metodológica, no sólo podemos comprender la racionalidad o la objetivación del proceso social, también las contradicciones e incongruencias dentro de éste. Los problemas sociales de los grupos en estos términos, implica "...observar los procesos estructurales en los comportamientos de los sujetos, así como dichos comportamientos en los procesos estructurales" (Menéndez, 2010: 294).

La objetivación que los sujetos realizan de la realidad en la que viven, se sustenta en la idea del conocimiento del sentido común compartido del contexto en el que habitan. Así, este sentido de la experiencia cotidiana se cimenta en relación a lo que se comparte con otros de acuerdo a las rutinas normales y autoevidentes, aunque también podrían incluir aspectos problemáticos de la vida (Berger y Luckmann, 2003).

Para Schcutz (1932), el lugar que ocupa el sujeto está establecido a partir de su “situación biográfica⁶” y su experiencia inmediata, de tal manera que su comprensión se da a consecuencia de la posición que ocupa en el mundo.

(...) la realidad del sentido común nos es dada en formas culturales e históricas de validez universal, pero el modo en que estas formas se expresan en una vida individual depende de la totalidad de la experiencia que una persona construye en el curso de su experiencia concreta (Schutz, 1974: 17).

La aplicación de este sentido, es racional en tanto que los ancianos y ancianas aspiran a construir una historia de vida y una interpretación coherente de su trayectoria de experiencias, enfatizando en aquellas que le dan solidez a su relato y que le significan más, incluidos todos aquellos eventos que causaron un fuerte encuentro con la disrupción, la confusión y el drama. En las personas adultas mayores, estos sucesos se dan sobre todo en términos de la aparición de enfermedades, el abandono o distancia con los hijos y la incapacidad de participar de actividades laborales y recreativas.

El interaccionismo simbólico y la construcción de la realidad

La propuesta y los conceptos del interaccionismo simbólico se generan a partir de la observación directa del mundo empírico. Asimismo, su orientación metodológica es la profundización del estudio de un grupo humano y su conducta. Una de las principales premisas del interaccionismo simbólico es que son los sujetos quienes dotan de sentido a los objetos y a las situaciones y es con base al sentido que le otorgan, que actúan respecto a ellos.

Así, objetos, otros humanos, instituciones, categorías con las conviven día a día generan este campo de sentido. La segunda premisa es que el significado de dichas cosas se deriva de la interacción que sostienen con otros. La tercera

⁶ La experiencia de vida de los sujetos asilados será abordada y analizada con mayor detalle en el capítulo cuatro por medio del trabajo realizado con los cinco informantes clave. No obstante, una biografía total de su vida no fue un objetivo de esta investigación y tampoco se recoge material de este tipo, aunque sí se abordan sucesos detonantes de su historia individual en relación a la vejez y las enfermedades.

premisa es que esos significados son manejados y modificados a través de un proceso interpretativo que el sujeto lleva a cabo mientras les interpela. De este modo, el fundamento del interaccionismo es que los significados que los individuos generan en torno a los objetos a su alrededor son centrales para conceder racionalidad y coherencia. La importancia de este proceso interpretativo, es fundamental, pues es a través de éste que se conforma el comportamiento. La interpretación así, toma una importancia sustancial, pues es consecuencia de un proceso de discriminación que realiza el sujeto a fin de utilizar aquellos elementos que para él tienen significado como consecuencia de un proceso social internalizado (Blumer, 1998).

La *acción* es otro elemento constitutivo de los significados; en el interaccionismo, las acciones son múltiples actividades individuales que los sujetos desempeñan a lo largo de su vida al encuentro con otros individuos y las situaciones alrededor de ellos. Los sujetos han de actuar como individuos, como colectividad y de acuerdo a cierto comportamiento, representaciones o en relación a un grupo u organización de otros sujetos.

Este cuerpo teórico, ayuda a identificar aquellos elementos de los que más hablan y los que más les significan a los sujetos envejecidos, al tiempo que revelan las prácticas organizativas de un grupo humano, en este caso, llevadas a cabo en una institución asilar, que en determinados espacios de interacción, conforman un hilo narrativo colectivo e individual.

La dimensión construccionista y las implicaciones institucionales

Para entender cómo se construye la vejez a través de un contexto institucional⁷, es necesario establecer que también éste, se experimenta como una realidad objetiva. “Las instituciones, en cuanto facticidades históricas y objetivas, se

⁷ Es en el segundo capítulo, en el que se desarrollan con más oportunidad, aspectos empíricos y analíticos de la institución asilar con base en el análisis de la Institución Total de Erving Goffman.

enfrentan al individuo como hechos innegables. Las instituciones están ahí, fuera de él, persistentes en su realidad” (Berger y Luckmann, 2003: 80).

La importancia de analizar cómo los sujetos construyen significado en un contexto institucional⁸ y de internamiento, se justifica por el interés que despierta la lógica de éstas en los sujetos envejecidos. No es, para Berger y Luckmann (2003), que la lógica se exprese en las funciones externas de las instituciones, aunque se concede que con los procesos históricos y la objetivación derivada de estas motivaciones dadas a través del tiempo, se promueven mecanismos de control social. La importancia de este apunte, es revelar que, una vez que las instituciones llegan a ser realidades aparentemente ajenas de los problemas sociales que les dieron origen, hay altas posibilidades que no se les imponga este interés analítico: “es más probable que uno se desvíe de programas fijados por otros, que de los que uno mismo ha contribuido a establecer” (2003: 83).

De esta manera, el estudio de las instituciones revela una capa de significados que moldean a los individuos que ahí se desenvuelven pero no a condición estricta de las normativas que una estructura asilar les imputa, sino de la serie de acciones que desarrollan intersubjetivamente en la misma. Este encuentro entre rutinas que organizan la vida asilar en términos prácticos, también están implicadas en el devenir colectivo e individual de los ancianos asilados⁹.

1.6 Aproximación metodológica de investigación y desarrollo de trabajo de campo

La aproximación metodológica de este trabajo fue fundamentalmente de corte cualitativo y la ruta transitó por dos momentos de acuerdo al interés del objetivo general de esta investigación, es decir, saber cómo se construye socialmente la

⁸ Aunque el análisis de la institución en Berger y Luckman no apunta a una situación de espacio físico, sí realizan señalamientos importantes que pueden trasladarse al estudio de las de esta clase.

⁹ En el tercer capítulo abordo la estructura asilar a partir de los impactos que tiene la institución para los sujetos, no sólo desde de las rutinas de cuidado, también de la ruta individual y colectiva que tienen que atravesar para llegar y permanecer en un asilo.

vejez y la enfermedad a partir del tránsito que tienen los adultos mayores de la casa al asilo.

Para Taylor y Bogdan (2005), la selección de una ruta de indagación cualitativa, parte de la idea fundamental de que es a partir de los datos recabados en el terreno que se comienzan a introducir modelos y teorías que explican las pautas encontradas en el trabajo de campo, y que además de ser flexible, intenta ser holística e incorpore a los sujetos como personas y no solamente como variables; además, uno de los compromisos de la investigación cualitativa es admitir que la presencia del investigador altera de un modo u otro el escenario que estudia. Si bien esta perspectiva privilegia la flexibilidad de los métodos y del armado de la investigación, no quiere decir que la misma carezca de confiabilidad, pues aunque la aproximación cualitativa no aspira a la comprobación y a la edificación de modelos, sí es un arte que perfila una orientación que revela la naturaleza de los hechos. “Un buen estudio cualitativo combina una comprensión en profundidad del escenario particular estudiado con intelecciones teóricas generales que trascienden ese tipo particular de escenario” (2005:33).

Como se vino advirtiendo en el apartado teórico de este capítulo, la perspectiva fenomenológica es esencial para explicar la dimensión de problema, la cual se inscribe en el terreno de la experiencia y la significación que los actores hacen de la realidad que habitan.

Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente duce y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea del fenomenólogo y de nosotros, estudiosos de la metodología cualitativa, es aprehender este proceso de interpretación... el fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas (Taylor y Bogdan, 1987:23).

La primera ruta, se inclinó por trabajar descriptivamente la institución asilar, valiéndome sustancialmente del método etnográfico a través de la observación participante. En esta etapa de la investigación, de principio, me dediqué a describir el espacio físico y algunas implicaciones en torno a la forma de éste en la vida

cotidiana de los ancianos. Posteriormente describí y analicé las prácticas desarrolladas dentro de la institución asilar relativas al cuidado y atención, privilegiando aquellas dinámicas de interacción que cada uno de los actores involucrados tenían en el misma, y que a su vez me ayudaron a construir un mapa de temas vinculados a la construcción de la vejez y la enfermedad. El Punto de Vista del Actor planteado por Menéndez (2010), fungió como decisión metodológica que me permitió aproximarme a los significados y explicaciones que generan los grupos sociales respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención que los atraviesan; así como recuperar la experiencia del paciente-sujeto en relación al evento de enfermedad y su vínculo con otros actores sociales.

Estos temas están introducidos básicamente en la descripción de “Un día típico”¹⁰, el eje que intentó incorporar las experiencias más paradigmáticas de de los internos en relación a las actividades programadas de cuidado, de manera que pudiera analizar por medio del marcador del itinerario cotidiano, como horarios de comida, baño o recreo, por mencionar algunos, el devenir de las prácticas individuales, colectivas y la construcción de significados en torno éstas.

Primero, hice una selección y descripción de escenarios en donde privilegié las áreas comunes, es decir el patio, los corredores, el comedor, la sala de estar, la sala de visitas y la sala de terapias; posteriormente me dediqué a describir otros espacios más privados pero igualmente de alto tránsito público como la enfermería, las habitaciones colectivas e individuales, la lavandería, la oficina y algunos de los baños, casi siempre de los cuartos colectivos de las mujeres, en donde me fue mucho más fácil el acceso por la simpatía con las ancianas y trabajadoras.

¹⁰ Este eje de aproximación ya ha sido abordado en el trabajo de tesis de Peña de Paz “Atardecer en el refugio. La vida cotidiana de los residentes de una institución geriátrica asilar en San Luis Potosí”, (2011), quien describe y analiza la rutina diaria de residentes y el personal de un asilo.

Tomé fotografías de gran parte de los espacios exteriores en el asilo. De las partes interiores me costó mucho más, pues una indicación a mi llegada fue que no podía fotografiar a los ancianos y ancianas sin su consentimiento, así que esperé a tener algunas tomas en donde fuera visible el lugar sin que alguno de los internos apareciera en las imágenes. Poco a poco fui encontrando reciprocidad y pude fotografiar a algunos individualmente y en algunas actividades cotidianas.

Este estudio de carácter etnográfico, se interesó por inscribirse a algunas notas metodológicas que Grimberg (2003) refiere en cuanto a la observación, la participación y el análisis; primero, en torno al rescate de conceptos que permiten conocer el contexto de los modos de vida de los sujetos para luego distinguir la forma en que los grupos construyen los discursos; y luego, para mirar en la perspectiva de los actores, el sentido que los individuos le dan a las condiciones y modo de vida, así como las estrategias que cotidianamente despliegan para resolver sus problemas. Finalmente, la propuesta se interesa en aplicar una perspectiva relacional y procesual para la construcción y el análisis de los datos que tome en cuenta la serie de escenarios y contextos que participan.

En cuanto a la confiabilidad y verificación de la escritura etnográfica, así como la forma en que se presentan los datos y el análisis, es pertinente mencionar que este trabajo tiene la intención de mostrar una realidad con la mayor fidelidad posible, aunque esta pretensión sea una peculiaridad de la escritura etnográfica y del quehacer antropológico y su aceptabilidad sea más un acto benéfico que brinda el lector. Si bien la autoridad que tiene el etnógrafo es una discusión todavía controversial en la disciplina antropológica y no se intenta exponer en este texto, cabe mencionar que esta investigación se sustenta en la propuesta planteada por Geertz (2010), acerca del “estar allí” y el carácter concreto de la descripción en tanto se representa una cultura específica en tal fecha, lugar, informantes y bajo ciertos compromisos. De este modo, la mirada hecha por un observador de un mismo problema o hasta en el mismo contexto, puede no ser exactamente la misma ni ofrecer los mismos resultados. “La experiencia concreta,

cercada de contingencias, rara vez alcanza la altura de lo ideal; pero como medio para producir conocimiento a partir de un compromiso intenso e intersubjetivo, la práctica de la etnografía conserva un estatus ejemplar” (Clifford, 2001: 41).

Selección de asilo

Para trabajar el tema de vejez decidí conveniente abordarlo desde una dimensión institucional. Abiertamente este punto de partida se fundamenta con base a un interés por saber lo que ocurre en las instituciones asilares y que desde un enfoque sociológico, invita a reflexionar sobre la construcción social de un fenómeno como la vejez, el encierro y las características de las instituciones de salud, así como la interacción y otras formas de recursos sociales y subjetivos que generan significados e inciden el comportamiento de los individuos.

Experiencias familiares de casos de esquizofrenia y la estancia de éstos en casas de salud mental, así como diversas problemáticas, también familiares, sobre la carga y sobrecarga que los viejos representaban en mi familia extensa, promovieron que ambas dimensiones terminara fusionándose en un estudio sobre la construcción social de la vejez y las enfermedades desde un espacio institucional. Estos dos intereses se circunscribieron en el planteamiento del problema y todo el tiempo jugaron a lo largo del proyecto y del trabajo de campo.

Si bien el tema de vejez es relevante en mi vida personal y familiar, también me interesaba que la investigación se hiciese en un escenario relevante para este grupo. La selección geográfica del tema de estudio estuvo relacionada con mi situación de origen, así que seleccioné a Nuevo León como el contexto en el que quería trabajar mi proyecto. No obstante, aunque me interesaba generar información de corte sociocultural de los procesos de salud/enfermedad/atención bastante ausentes, en general, en las discusiones y producción académica en el estado, también quería hacerlo desde una dimensión rural, pues me parecía un asunto doblemente necesario, ya que para el caso neolonés, los estudios locales

están bastante abandonados, al menos para el caso de trabajos de corte cualitativo y más aun en los referidos a los procesos de salud y enfermedad.

Resuelta la dimensión geográfica, me dediqué a seleccionar de los 39 municipios fuera del área Metropolitana de Monterrey, aquellos en donde la población envejecida porcentualmente fuera significativa. El resultado me arrojó dos escenarios interesantes: el municipio de Los Herreras y el de Los Ramones, ambos sobrepasando el 20% de personas adultas mayores en relación a los otros grupos poblacionales. La cifra me pareció relevante, pues para el estado el porcentaje asciende a 9% y a nivel nacional las personas de 60 años y más para el 2012 era de 9.3%¹¹.

Con estos referentes estadísticos me di a la tarea de buscar instituciones asilares en estos dos contextos. Para mi sorpresa, el municipio de Los Ramones contaba con un asilo para ancianos. Esta situación me pareció interesante y algo inusual, pero relacionándola con la demanda que los adultos mayores podrían significar en la zona, la iniciativa era un asunto importante que los habitantes a través del ánimo individual de los dueños habían logrado consolidar. Para Menéndez (1990), las problemáticas de salud son estructurales para todas las sociedades, asimismo, éstas generan actividades teóricas, técnicas e ideológicas para enfrentar y solucionar los obstáculos de salud y enfermedad, ya que se inscriben en procesos que afectan y se construyen en los mismos conjuntos sociales.

La presencia del asilo me despertó muchas interrogantes, pues no imaginaba qué tipo de asilo podría ser éste, qué tipo de dueños y personal podría tener y sin duda, qué características tendrían los sujetos asilados. Bajo estas inquietudes, fue que se edificaron muchas de las interrogantes que no estaban propiamente en el protocolo de investigación. Mis suposiciones iniciales giraban en torno a un escenario homogéneo, en donde la cuestión rural y migratoria podría o no ser relevante. Conforme el trabajo de campo se fue desarrollando, las miradas fueron

¹¹ Fuente: INEGI, 2012.

más finas e invariablemente jugaron con el interés y objetivos del proyecto inicial, de tal manera que la cuestión local, al menos para ciertas partes de esta investigación, resultaron fundamentales. Haber vivido en el asilo, me ayudó a comprender el problema de investigación con más sensibilidad, pues las emociones siempre jugaron una parte importante de mi estancia. Aunque la intención era alojarme los tres meses, por cuestiones de la pesadez que me causó el internamiento, tuve que viajar a Monterrey dos veces por semana durante los tres meses de trabajo de campo.

Mi acercamiento al asilo Sinaí fue a través de una búsqueda por internet. Estaba en busca de asilos que se encontraran en mi estado y fue rápidamente que en una de las ligas apareció ACARE, la Asociación de Asilos y Casas de Retiro del Estado de Nuevo León que en sus listas de instituciones afiliadas, estaba un asilo en el municipio de Los Ramones: el asilo Sinaí.

El asilo Sinaí fuente de reposo, es un asilo de más de 10 años en función ubicado en el municipio de Los Ramones y lo lideran una pareja pastores cristianos de la tercera edad¹². Este asilo forma parte de la red ACARE. La red tiene a su cargo más de 61 asilos en donde atienden a más de 1,600 adultos mayores y está en operación desde el 2002¹³. Las características socioeconómicas de los asilos se dividen en los siguientes grupos: 25 son de estrato socioeconómico bajo, 21 son de estrato socioeconómico medio y 15 son de estratos socioeconómico alto. En el contexto rural existen asilos en 8 municipios, incluido el de Los Ramones, el cual se ubica en el estrato económico bajo.

Siendo uno de los objetivos particulares conocer las representaciones acerca de la vejez y la enfermedad antes de estar en una institución asilar, la segunda ruta fue aproximarme a conocer lo más rápidamente a los actores principales de este

¹² En el mes de diciembre, la hermana Maru falleció debido a un cáncer de seno que bajó hasta su estómago y que la mantuvo en cama los últimos 6 meses del 2014. Actualmente el hermano Nicho se hace cargo del asilo.

¹³ <http://www.acare.org.mx/>

estudio, es decir, los ancianos. La primera tarea fue resolver uno de los problemas que se me habían advertido al inicio de esta investigación: encontrar adultos mayores que pudieran comunicarse y que lo hicieran con relativa soltura a fin de poder aplicar un instrumento de entrevista estructurada o semiestructurada por más de tres sesiones.

En cierto sentido, esta preocupación no fue un motivo para construir un plan metodológico alternativo, pues hubiera sido necesario modificar algunos objetivos y quizá en entero algunas partes importantes proyecto. Fue ciertamente un riesgo que corrí. Me interesaba rescatar como primeras voces las de los ancianos, por lo que antes de entrar a campo hice un par de visitas al asilo para cerciorarme de que al menos pudiera hablar con más de cinco ancianos y ancianas. Pensaba que no podría encontrarme con un escenario tan dramático y afortunadamente no fue así. Los pastores – dueños del asilo –, me dijeron que sí podría encontrar algunos ancianos capaces de hablar y de cooperar, por lo que vi resuelto este obstáculo metodológico.

Selección de muestra

Una vez llegué al asilo, me percaté de un escenario desolador. Las primeras dos visitas habían sido de no más de media hora, así que vi poco más que postales y algunos rostros que interactuaban y otros que no, pero creí que eran suficientes para conformar una buena muestra.

La primera semana empecé a visualizar la inmovilidad de algunas cuestiones, por ejemplo: la avanzada edad de los asilados y las enfermedades que padecían, las cuales a una gran cantidad, los mantenía postrados en cama o sillas de ruedas, además de imponerles un silencio permanente. Estas fueron las principales dificultades para conseguir más informantes pues, gran parte de éstos no hubieran podido coordinar la atención que se requería con su mente o su cuerpo, ni hilar frases o aun palabras. Era evidente su cansancio y su espera. Esperaban a ser

alimentados, limpiados, bañados y volver a dormir para otro día volver a despertar a la misma rutina

La poca cantidad de informantes, que a mi parecer resultó tener mi muestra, es un asunto que me preocupó todo el proyecto; no porque la cantidad sea sinónimo de insuficiencia, más bien por tener la intención de recoger la mayor claridad de experiencias de vejez en asilamiento. Este limitado número de informantes responde eminentemente a la incapacidad de casi la totalidad del grupo de estudio para comunicarse. De los 49 ancianos y ancianas asilados, el 60% estaban impedidos por alguna discapacidad física o motriz y hasta el 85% con algún problema del grupo de las demencias.

El 15% restante fueron ancianos con capacidad motriz y mental adecuada para el estudio, más no la ideal. De estos 8 ancianos posibilitados, 5 fueron los más accesibles y dispuestos a cooperar, sobre todo dos, los varones. Las mujeres del estudio fueron más reticentes tanto por ser de mayor edad que los hombres como por tener enfermedades que atrofiaban más su habla o movimientos; en ellas resultó más complicado ahondar con precisión el tema de vejez o muerte y algunos aspectos de las enfermedades, más no así el del aislamiento, el cual resultó ser el principal tema de conversación con ellas, mucho en relación a la pérdida de los lazos familiares y afectivos del exterior.

De los tres ancianos restantes, dos mujeres y un hombre, fueron abordadas las mujeres. A Andrea, una de ellas, le solicité platicar y entrevistarla, ella se negó de inmediato a pesar de que las dos habíamos hecho buenas migas y nos saludábamos con cariño todos los días. De hecho, ella era una con las que más llegué a convivir y platicar informalmente. Casi siempre se quejaba conmigo de alguna cuestión problemática con otras ancianas, pues a pesar de padecer enfermedad de nervios y tener 64 años, estaba lúcida, pero siempre inquieta, moviéndose de un lugar a otro y hablando sin papar, asunto que molestó en más de una ocasión a otras ancianas y ancianos.

Amparo, la otra mujer de 76 años, llegó a inicios de noviembre. Los pastores me habían recomendado que hablara con ella y así lo hice una semana después de que llegó. La abordé con las preguntas básicas, no obstante, respondió muy escuetamente y hasta un poco desconcertada, la noté mal, asustada e incapaz de responder más que un par de monosílabos y algunos datos de su domicilio o estado civil. Me di por vencida con ella, más preguntas hubieran sido improductivas. Con el varón, Fortino, no fue necesario aplicar la batería básica de preguntas, pues prontamente me dijo que no estaba interesado en participar. A pesar de ser un hombre interesante y en sus sentidos, se mostró grosero y hasta altanero cuando quise solicitarle hablar con él. Realmente me hubiera gustado entrevistarlos pues, sin participar del morbo que despierta la homosexualidad en los viejos, estaría teniendo un grupo interesante y diverso de informantes.

Criterios de inclusión y exclusión: Obstáculos metodológicos

Aunque los criterios inclusión intentaron incorporar a la mayor cantidad de voces del grupo de ancianos que integran el asilo, la exclusión de una gran parte de éstos apunta a la particularidad de los actores con los que trabajé. Robles (2009), realiza una importante reflexión en torno a las dificultades que implica el trabajo de campo con ancianos y ancianas. La autora hace hincapié, a partir de tres momentos del proceso de investigación, en los obstáculos de la forma de la aproximación cualitativa. La primera relacionada con los criterios con los cuales se excluye, de facto, a los ancianos más deteriorados física y mentalmente del proceso de investigación; en segundo lugar, las dificultades en la aplicación del instrumento de entrevista, así como la pérdida de informantes por esta situación; y finalmente, las características físicas y mentales discapacitantes que impiden la consecución de un formato de entrevista a profundidad como es fundamentalmente requerido en los estudios a nivel cualitativo.

En este contexto, la forma en que incluí y descarté actores tuvo que ver en entero con la capacidad de ellos para comunicarse, así como su disposición en participar

conmigo en el ejercicio de entrevista. Finalmente trabajé con tres mujeres y dos hombres. Las mujeres eran algo mayores que los hombres y tardé mucho más tiempo en acercarme y hacer confianza. Notablemente estaban mucho más retraídas y desanimadas, a excepción de Silvia, quien es más joven que las dos primeras y tenía apenas un mes de entrar al asilo. Con los varones el asunto fue muy diferente; con uno de ellos, Emilio, el contacto fue casi inmediato. Desde el primer día buscó platicar conmigo, así que muy pronto le solicité trabajar conmigo; con el otro adulto mayor, tardé un par de semanas, pero fue positiva su respuesta y mi solicitud un tanto esperada:

Alberto: “Vi que estabas hablando con Emilio. Yo pensé que nomás venías a hablar con él... Si quieres hablamos después de la comida. ¿Por qué no habías venido antes?” (Charla informal del 17 de septiembre).

Mis criterios de exclusión, por lo tanto, estuvieron referidos a la incapacidad de habla o motricidad por parte de los actores. Al principio de la planeación de este proyecto, había contemplado trabajar con 6 informantes: 3 mujeres y 3 hombres que estuvieran en varios grupos de acuerdo al tiempo de estar en el asilo y que tuvieran menos de 1 año, de 1 a 3 años y más de 3 años. No obstante este criterio se desdibujó, pues me interesaba de inicio tener una cantidad de informantes suficiente. El criterio más importante al final fue el sexo de los sujetos, aunque también se cumplieron criterios diferenciados de tiempo de estar en el asilo.

La aproximación al tema

La forma de aproximarme al tema de vejez, responde mucho a una inquietud personal y a cierto recorrido académico que me había vinculado con la temática indirectamente, como seminarios y cursos que lo trabajaban mayoritariamente desde un enfoque sociodemográfico.

Para Devereux (1977), la ansiedad y los afectos son factores que hacen que nos aproximemos a un tema específico de estudio. Las situaciones problemáticas que los adultos mayores de mi familia han tenido por su condición de viejos y que he podido mirar de cerca, como episodios crónicos de enfermedad, la ausencia de seguridad social o recursos, la viudez, soltería, o la debilidad con que se conforma el lazo familiar con los hijos, me reveló preguntas, dudas y mucho temor. La literatura muestra la escalada de este grupo poblacional como algo irreversible y el futuro de los sistemas de salud se encuentran altamente comprometidos, pues son los viejos quienes padecen más y más aparatosas enfermedades.

Mi posición en campo

Situarme en campo, como una mujer joven, soltera, preparada (para los estándares de educación de las zonas rurales de Nuevo León), me dio beneficios para entrar a una institución de este tipo, pero también tuvo sus matices y algunas complicaciones. Mi entrada fue mesurada y traté de ser lo más respetuosa posible con las reglas que una institución de ese tipo podía ponerme. De alguna manera quien me presentó en el asilo fue la coordinadora de la Red de Asilos, así que me sentí un poco comprometida tanto a nivel de la Asociación Civil como del asilo Sinaí. Esto pronto se diluyó y la dinámica asilar fue mucho más absorbente como para pensar en jerarquías ajenas de la institución.

Mis credenciales educativas, además de mi cercanía con la población ramonense por ser regiomontana, me ayudaron a entender muy pronto algunos códigos regionales que en otra situación pudieron ser bastante ajenos a mi vida cotidiana. No obstante, como “regia que ha ido al D.F.” se me adjudicó una personalidad más ávida, “de mundo”, lo que generaba ciertas dudas que hacían que los trabajadores y algunos ancianos se mostraran curiosos y fueran algo metiches con mi vida personal, sobre todo en términos afectivos y sexuales. De por sí ser originaria de Monterrey significaba un asunto glamoroso, lo era más haber vivido y estar estudiando en la capital.

Todos mis informantes, todos los trabajadores, los pastores y parte de los demás ancianos sabían mi grado académico. Sin embargo, tuve que aligerar el motivo de mi estancia. Se me ocurrió que lo mejor era decir que se trataba de un trabajo social; que sí, necesitaba entregar un proyecto final, pero que tenía que ver con esta disciplina y no tenía otros fines tan específicos o escrupulosos. Esta situación se fue desmantelando poco a poco, pues la suspicacia de los cuidadores, sobre todo, complicó mi trabajo el primer mes, casi llegando al sabotaje de mi trabajo.

Relaciones sociales e interpersonales en el asilo: La convivencia con los actores

A) Informantes clave

Con los ancianos y potenciales informantes, intentaba tener una actitud amable, dispuesta, aunque admito que me costó mucho trabajo, sobre todo el segundo mes. Llegó el momento en que no quería salir de mi cuarto. La situación me superó; las escenas de mortandad, de hastío, de inmovilidad, de extrañeza; la rutina. Lo de siempre. Sin embargo, para mi sorpresa los ancianos y ancianas nunca cambiaron su actitud conmigo. Trabajé mi posición de manera tal, que no podía ser una trabajadora, tampoco alguien mandada por los pastores para vigilar; era una compañía y hasta una cómplice. Con los informantes puede establecer un vínculo de confianza importante, con algunos de ellos de intimidad y amistad. La confianza que depositaron en mí fue algo fascinante de encontrar. Algunos veían en mí una amiga, portavoz, confesionario y hasta un vehículo de denuncia de las condiciones asilares. Me veían como una profesional interesada en la problemática, pero también como una persona de “buenos sentimientos” y con un interés genuino por su situación. Eso me colocó en una posición moral positiva muy importante que a lo largo de mi estancia y de las entrevistas y charlas promovió mayor apertura por parte del informante.

El rol positivo que jugué consecuentemente también funcionó con otros asilados. La manera en que me posicioné fue casi dándose naturalmente. Al inicio pretendía

tener una actitud sí interesada emotivamente, pero también no queriendo dejar la parte profesional; esto funcionó al inicio, es decir, mi estrategia de abordaje a los informantes que había seleccionado fue al comienzo algo fría, quizá porque quería obtener seriedad en lo que me fueran a decir y no quería que el hilo narrativo se perdiera en otras experiencias de vida fuera de los intereses de mi proyecto. Esto no fue posible de consolidar, y lo veo como un aspecto muy positivo pues me permitió adentrarme emotivamente, que es a final de cuentas lo que los sujetos viven día a día: emociones exaltadas por los recuerdos, el día a día y por su devenir; el pasado, presente y futuro en relación con un mundo de vínculos sociales perdidos, en algunos casos arrancados. Esa añoranza envuelve al entrevistado y direcciona su historia, y tal vez, no habría otra manera de comprenderlo si no es que uno asume también que es arrancado de cierto contexto de libertades, redes de apoyo, afectos y es colocado en un mundo ajeno como investigador en campo.

Para mí esto fue fundamental y esta investigación y problema así lo permitía. La mismas conversaciones corroboraban esta dimensión emocional, la dinámica asilar también. No quieren estar ahí, quieren estar en otro lado, con los que aman o los amaron. Hacer las cosas que más les gustan y ser libres de sentirlo y decirlo, pues aquí dentro, la supresión de emociones es estrategia de supervivencia. Cuando logré advertir esta dimensión, fue mucho más sencillo y hasta natural aproximarme a mis informantes.

En algunas ocasiones eran ellos quienes se acercaban a mí, me decían “¿vamos a platicar?” Y les respondía: “Sí. Nada más déjeme ir por la grabadora y hablamos u rato”. Nos sentábamos en las bancas y en ocasiones seguíamos el guión y en otras era una charla informal pero extremadamente reveladora. Muchas veces era cuestión de soltar frases como punto de apoyo para que el sujeto se soltara; en otros informantes era necesario hacer un poco más. De otra informante también recibí solicitud de una plática en varias ocasiones, era cuando iba a hablar con ella a su cuarto, pues ella no convive con el resto y me decía “¿Por qué no habías

venido?” Yo le explicaba que estaba hablando con otros o que tenía que escribir o me había ido a mi casa por unas cosas.

En una ocasión fueron los mismos familiares los que me solicitaron hablara con ella, lo que me confirmó el impacto de mi presencia en el asilo y lo que estaba provocando no sé si negativa o positivamente para ellos una vez que abrían su vida conmigo; influía sí, pero también me quedaba una sensación de insatisfacción extraña de no poder hacer más que hablar y terminar una tesis con eso. Su cuñada me dijo “Oye. Platica con Virginia. Le gusta hablar contigo. Pregúntale de cuando andaba en la política en Sabinas. A ella le gusta mucho eso. No dejes de hablar con ella...lo necesita”. Para mí este fue un logro metodológico importante, quizá no usual, quizá que debió refinarse, pero que me permitió que se abriesen mis informantes y encontraran en mí un vehículo para hacerlo. Sin duda este aspecto resultó muy provechoso, el nivel de complicidad que tuve con ellos me permitió poder comprarles cajetillas de cigarros, chocolates y regularle un pequeño radio o revistas de moda. Esta complicidad llegó hasta el punto de adecuar la manera más institucional de que ellos pudieran disfrutar de esos regalos sin ser molestados o regañados por el personal. Hallábamos estrategias o en ocasiones yo me lanzaba como portavoz de sus pequeñas demandas; abría un poco el camino y me dedicaba a convencer al personal o a avisar a los pastores de lo que estaba por darles.

Otro fruto importante de mi relación con los informantes fue la manera en que ellos percibieron como cambios en su vida y en la vida asilar mi presencia; para unos informantes yo había cambiado fuertemente la dinámica, los “abusos”, regaños y gritos, en su percepción, disminuyeron y el trato se percibía más cordial. Además de estos cambios institucionales, también había influido de manera importante en la mejora de la comprensión de su situación asilar, y en cierta medida, en el avance de la recuperación de sus padecimientos mentales o al menos en estar más abiertos en comprenderlos: “No sabe lo bien que hace que alguien nos escuche”, dijo Emilio en varias ocasiones.

B) Otros residentes

La relación que tuve con otros asilados fue buena, gracias muchas veces a la forma en que ellos me veían interesada en hablar con otros asilados y la manera en que fui forjando cierta amistad con algunos informantes, pues siempre estaba dispuesta a interrumpir mis actividades a fin de sentarme un rato con Emilio o Don Alberto. Aunque no necesariamente fue por estos motivos que tuve buena aceptación con la mayoría de los asilados, sí fue fundamental que me vieran no como alguien que los estuviera vigilando y que en consecuencia los fuera a denunciar por su mal comportamiento, que fue sobre todo la primera semana lo que parecía era mi misión pues estaba un tanto aislada y tomando apuntes en alguna banca o silla de forja; fue de hecho uno de los asilados quien se acercó y me comentó si ése era mi objetivo, lo cual negué.

La convivencia con otros asilados fue bastante cordial con unos e indiferente con otros. Al final de mi trabajo de campo, mi presencia en términos generales dejó de ser indiferente y aunque no pude hablar y saludar a todos, todos los días, observaba en las miradas de las ancianas y ancianos cierto gusto al verme cuando entraba al comedor y me dirigía a la cocina o les decía “buenos días” y estrechaba sus manos frías o calientes, arrugadas y con manchas. Con algunos y algunas de ellas tuve una cercanía mayor, como con Andrea, Benita y Juana, sin embargo, por enfermedad o porque ellas no quisieron, no pude realizar un ejercicio de entrevista formal, aunque sí obtuve algunas charlas informales que pienso incorporar en mi trabajo.

Con los varones la situación fue distinta porque, fuera de mis dos informantes, los demás se encontraron todo el tiempo reacios a platicar conmigo o por el contrario su enfermedad se los impedía inevitablemente. No obstante, tengo grabados en mi memoria la mayoría de sus nombres y algunas anécdotas importantes que involucran a bastante de ellos y ellas sobre todo porque me quedaba un largo rato sentada con ellas o las llegaba a “cuidar” cuando las trabajadoras se iban a comer algo o simplemente no querían estar ahí.

C) Pastores

La relación con los pastores en realidad no fue ni buena ni mala, sólo cordial. Sin embargo, esta relación cordial era necesaria; la neutralidad me ayudó a sopesar los choques que tuve en un principio con los trabajadores a la par que me ayudaron a sentirme “protegida” en un contexto que era ajeno y lejano para mí.

Aunque obtuve algunos datos importantes respecto a la historia del asilo e información acerca de la infraestructura, gran parte de lo que implica la dinámica del asilo la obtuve por mi cuenta, a voz de los trabajadores, los asilados y por su puesto mis informantes. Aunque a veces la hermana Maruca intentaba introducirme a las personalidades de los asilados a fin de darme un panorama o explicarme ciertos aspectos de la vida cotidiana del asilo, nunca logramos concretar una relación de afinidades o quizá nunca comprendió lo que quería elaborar como trabajo. Esto sin duda tiene que ver con el tiempo que pasé con unos y con otros, pues mi prioridad era establecer afinidad principalmente con mis potenciales informantes y con los asilados y necesariamente con los trabajadores quienes eran los que pasaban todo el tiempo en la arena asilar, es decir, el patio, la cocina, el comedor o la sala de estar. Por ello, mi relación con los pastores fue mínima y casi protocolaria. Al inicio de mi estancia intentaban llevarme a las clínicas de Cerralvo cuando llevaban a algún asilado a las citas médicas, pero luego de que observaron mi adaptación, lo dejaron de hacer, lo que promovió que nuestra relación sólo tuviera que ver con breves encuentros, saludos y atenciones propias de una relación necesaria entre una jerarquía y una visitante. Desde luego esto fue en cierta manera positiva, pues no intervinieron, salvo una llamada de atención inicial con lo que platicaban con un informante, en el grueso de mi trabajo de campo.

Ética y consentimiento informado

Una de las principales motivaciones al realizar esta investigación fue que los actores que participaran en la misma, tuvieran el derecho de participar en sus

propios términos o de definitivamente rechazar estar en la misma. Si bien una preocupación cardinal era lograr la mayor cantidad posible de informantes a incorporar, tampoco iba a dedicar a generar estrategias de persuasión invasivas a la tranquilidad y privacidad de los ancianos y ancianas.

Aunque de entrada un grupo social tan vulnerable como este ilustra las dificultades éticas de trabajar con sujetos con poco nivel de autonomía y conciencia de sí, que en sí misma exigiría otra revisión metodológica, me parecía importante en la medida de lo posible, respetar a quienes no quisieron participar y no insistir más, y a quienes lo hicieron, promover un ambiente de cordialidad y respeto de tal forma que fueran ellos quienes decidieran en qué momento, cuánto tiempo y de qué manera podía abordarlos, platicar con ellos y eventualmente solicitarles una entrevista a profundidad.

El consentimiento informado, es una situación de derechos mayormente trabajada desde el ámbito médico, esto es, desde la interacción que se da entre médico paciente. La importancia del consentimiento informado en la práctica médica radica en sus orígenes; debido a grandes controversias de la forma deliberada en que se establecían ciertos diagnósticos y en cómo se secundarizaba o hasta ignoraba al paciente en todo este proceso médico, es que se comienzan a establecer parámetros de esta relación vertical con declaraciones mundiales como el Código de Núremberg, de 1947 y la Declaración de Helsinki promulgadas por la Asamblea Médica Mundial de 1964.

En sus propios términos el consentimiento informado es:

(...) el compromiso del médico y su paciente de establecer un espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita (casos de riesgo) la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de la medicina, resaltando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la atención, pueda decidir y otorgar una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma (Lee, 2004: 4).

Aunque la investigación no se da en un contexto formal de atención clínica, sí existe una posición de jerarquía particular entre investigador e informante y una suerte de información privilegiada de uno respecto al otro. Aunque mi presencia y trato intentaron ser lo menos impositivos, sin duda esta situación no se logra a cumplir a cabalidad, pues aunque los actores con los que trabajé estuvieron la mayor parte del tiempo dispuestos a participar, no tenían muchas opciones para negarse estando en un lugar de reposo con “bastante tiempo libre”. Esta preocupación circuló todo el tiempo en mi mente mientras estuve en campo, pues aunque algunos ancianos y sobre todo ancianas me rechazaron en varias ocasiones, la mayor parte del tiempo podía hablar con ellos, aunque nunca supe si todos esos momentos de intervención fueron oportunos y producto del deseo de colaborar.

De igual manera, no puedo asumir que fui clara con los objetivos de este trabajo al momento de transmitirlos, ni respecto a los riesgos y beneficios; quizá es probable que no hayan sido visibles por los sujetos, aunque declaro que los beneficios en el ánimo fueron perceptibles de acuerdo a cómo evaluaron lo que intentaba construir con ellos. En realidad la preocupación vertebral, a quienes les ocupaba, era el anonimato o no ser grabados.

Capítulo 2

La institución asilar y la construcción social de la vejez

Introducción

A lo largo de este capítulo, se señalarán los puntos de partida teóricos de la situación institucional desde una perspectiva sociológica, a fin de hacer visibles los elementos que delinear la puesta en marcha de un modelo de atención¹⁴ de tipo asilar para las personas adultas mayores, y cómo es a través de estos elementos de posibilidad material y sociocultural, que se influye en la construcción social de la vejez. En este sentido, se abordarán cuestiones empíricas del espacio físico del asilo, nos aproximaremos a la descripción de su tipología y se argumentará sobre los actores que trascienden la vida asilar en tanto piezas clave de los asuntos más sensibles de estructuración de las actividades cotidianas de cuidado y atención, de las formas culturales del desempeño y del sentido que genera en los sujetos en tanto dadores de este servicio. De igual modo, se hablará de la oferta material y la organización de algunas actividades a manos del personal de cuidado. Aunque el objetivo de este trabajo no se suscribe a la descripción y argumentación de cada uno de los tipos y los elementos constitutivos de los modelos de atención o las reglas operativas de los mismos, sí trata de describir la forma en la que opera un servicio de atención de tipo asilar que de acuerdo a las normativas y leyes¹⁵ que se refieren al tema, no cumple con las expectativas de éstas y no puede

¹⁴ En cuanto Modelos de atención, INAPAM refiere los siguientes: Albergues INAPAM, Residencias de día, Centros de Atención Integral, Centros Culturales y Clubs INAPAM. No obstante, en esta investigación me refiero a un modelo de “asilo”, en tanto espacio, de asistencia de cuidados prolongados con pocos estatutos que le orienten conceptualmente a otro tipo de servicio y que se encarga, fundamentalmente, de brindar atención más de tipo caritativa y altruista. Asimismo, consideré apropiado respetar la entidad con la que se define el asilo Sinaí Fuente de Reposo, el cual le brinda una identidad importante como refugio de los más desfavorecidos en Los Ramones.

¹⁵ Respecto al tema, en México existen algunas normas para la correcta operación de establecimientos y la protección de los individuos: a) NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad; b) NORMA Oficial Mexicana NOM- 223- SSA1-2003, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud; c) NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, etc. En Nuevo León, Ley de instituciones asistenciales públicas y privadas para las personas adultas mayores en el estado de Nuevo León.

tipificársele dentro de un modelo, pues en este caso, el Asilo Sinaí, es una respuesta asistencialista, de caridad y de una moral religiosa de ayuda al prójimo a una emergencia de la población ramonense.

2.1 Consideraciones sociológicas en torno a las instituciones asilares

Este capítulo pretende por un lado, dar continuidad a los principales puntos de partida de la dimensión construccionista e interaccionista señaladas en el capítulo anterior, siendo ahora analizados desde el plano de la institución asilar concreta. Asimismo, se describirá el contexto sociocultural en donde se hizo el estudio, siendo este un importante espacio de reflexión que permite comprender algunas particularidades de la investigación de instituciones asilares que se encuentran en geografías rurales.

Aunque este apartado no pretende generalizar la vida asilar rural ni contempla, a partir de las particularidades de este contexto, caracterizar la totalidad de la forma de vida de territorios rurales del estado de Nuevo León, sí aspira explicitar los rasgos más importantes e interesantes del marco en que se encuentra este asilo; es decir, las especificidades de un espacio rural como este, las dinámicas regionales más representativas en el estilo de vida, así como la relación que ocupan en la forma en que los pobladores, representados por los cuidadores y la relación que tienen con algunos ancianos del pueblo, viven la situación de ruralidad. De este modo, se pretenden describir los términos en que se representan y encarnan las prácticas en el asilo, depositados en ciertos saberes y explicaciones de las actividades que desempeñan en su trabajo.

Este punto, aunque parece lejano de la explicación sociológica formal de la institución, sitúa y llega a justificar el porqué de un asilo en un lugar como este, así como provocar la identificación de las formas en cómo se percibe la vejez en referencia a lo que simboliza y acontece en el asilo Sinaí. El asilo, de este modo,

no es un lugar desapercibido ni ignorado por los pobladores, por el contrario, llega a reflejar la dinámica poblacional anclada a la migración del municipio¹⁶.

Finalmente, me dedicaré a describir los espacios físicos de la institución, a fin de que el lector identifique la forma física y organización de los espacios. En esta sección, también se puntualizarán algunos acontecimientos paradigmáticos que sitúan la experiencia que los sujetos asilados y otros actores, tienen en relación al espacio.

Aunque la planeación de los modelos de intervención gerontológica en instituciones asilares tienen como preocupación cardinal las fases organizativas del espacio en donde desarrollan su trabajo, sobre todo en términos de un proceso exitoso de atención, en apariencia, los logros o las vicisitudes de estos programas quedan satisfechos en términos de la operatividad de los mismos, y quizá en alguna medida, en la satisfacción de los usuarios, aunque en pocos casos contemplando la satisfacción de viva voz de los ancianos o ancianas quienes reciben el servicio.

En México, realmente conocemos muy poco de las percepciones de los servicios de estancias geriátricas por parte de los sujetos quienes se encuentran en las mismas y reciben directamente todo el aparato organizado de cuidados. También es poco usual, reconocer los elementos subjetivos y la experiencia emocional de las personas ancianas, quienes no tienen muchas oportunidades de autonomía y poder de decisión en estos entornos. Parte de este problema radica en la poca información que tenemos del antecedente de la construcción de las tipologías de los espacios que ofertan cuidado y atención a personas adultas mayores en extenso, es decir, no se logran identificar los modelos, o al menos no sabemos hasta qué punto se hacen cumplir; tampoco sabemos cuáles son las diferencias en el servicio y los perfiles de ingreso de los residentes, tampoco se sabe de las

¹⁶ Aunque el aspecto migratorio ocupa un lugar importante de la forma en que devienen las actividades productivas, sociales y las dinámicas dadas entre pobladores, no será abordado con detenimiento por no ser el municipio la unidad de análisis en que se analice cómo se construye la vejez, sino el asilo.

capacidades reales de atención ni de la pertinencia de ciertas actividades o la capacidad del espacio físico. Puede ser que en ocasiones se logre congruencia entre el modelo de atención ofertado y la capacidad real de atención, o en el tipo de ingreso por las características de los espacios, sobre todo si se encargan de actividades lúdicas o culturales, cuyos principios se anclan mayormente a las políticas sociales de ciertas sociedades de avanzada, como la del Distrito Federal¹⁷ y que no se dedican propiamente a la institucionalización de todas las esferas de la vida de sus usuarios, pero esta información de la vida cotidiana sigue siendo un supuesto que sólo queda en manos de los dueños de los espacios asilares; mucho más si se trata de la iniciativa privada, muchas de las veces porque desde ambas perspectivas (pública y privada) el sentido servicio sigue siendo asistencialista.

Poner a discusión la tipología de la que podía tratar este espacio, me permitió trabajar sociológicamente y disponer conceptualmente al asilo como un espacio de institucionalización de tipo prolongado con una estructura, normas y reglas que precisan un tipo de exclusión de la forma de vida anterior, independientemente del perfil de ingreso de los residentes, la condición médica, familiar o económica de la adulta o adulto mayor, incluso del servicio que se brinda o se pretende brindar. Las características de las personas adultas mayores una vez en un marco de institucionalización, posibilitan generalizar algunos aspectos y particularizar otros, pero que en su justa medida, inciden en la valoración, revaloración y construcción de nuevas definiciones de sí y de los otros como sujetos envejecidos.

Asimismo, la viabilidad de la institucionalización de todas las esferas de la vida de los ancianos y ancianas, no queda puesta en duda y supone que la mejora de la implementación de los procesos que se dan dentro de este espacio son más importantes, o al menos más urgentes de resolver, que la reflexión en torno a las implicaciones sociales e individuales del espacio. Aunque la reflexión sociológica del análisis de las instituciones totales es pertinente, al menos como una de las

¹⁷ Los programas dedicados a la población adulta mayor en el Distrito Federal, siguen siendo referente importante en el trabajo realizado para la promoción de políticas públicas para esta población en México. www.adultomayor.df.gob.mx

miradas del estudio de los asilos y otros espacios de este tipo, es poco abordado por los expertos en la atención a la salud geriátrica y gerontológica. Con esto, no pretendo devaluar el trabajo que se realiza en otros entornos de cuidado y atención, no obstante, una dimensión holística que contemple la atención de cuidados y la salud y la vida social e íntima de los sujetos en encierro, develaría la realidad que sopesan los adultos mayores: no a través de la voz de los responsables de cuidado o los profesionales de la salud, sino a través de ellos mismos.

Una de las preocupaciones del construccionismo social en torno a las instituciones se da respecto a su origen en tanto terreno en que se habitúan las actividades humanas. Este posicionamiento, además implica pensar a las instituciones a partir de historicidad y control. Asimismo, siendo las instituciones realidades objetivas *per se*, se presentan al individuo como hechos innegables fuera de sí mismo.

Las instituciones, por el hecho mismo de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada, en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente (Berger y Luckmann, 2003: 74).

La importancia de este enunciado para el estudio, radica en la calidad definitoria que tienen las actividades empíricas, las cuales edifican los saberes y motivan los comportamientos de los sujetos dentro de una institución asilar. Son los adultos y adultas mayores en asilamiento quienes van construyendo día a día un camino explicativo y coherente de acuerdo a lo que comparten en las prácticas cotidianas.

Goffman (2001), indica que una *Institución total* es un lugar tanto de residencia como de trabajo en donde un grupo de individuos en condiciones similares y aislados por un periodo considerable de tiempo, comparten encierro y una rutina que es administrada de manera formal. Este tipo de instituciones absorben el interés y el tiempo de los miembros que lo conforman, pero de manera especial de los residentes, proporcionándoles un mundo propio. La tendencia de una institución total es absorbente y pretende oponer a quienes la integran con la

interacción social y el contacto con el exterior; físicamente este aislamiento se ejemplifica con los altos muros o rejas. Otra característica fundamental de estos espacios es que cuidan a personas que parecen ser incapaces o inofensivas en la consecución de las actividades más básicas. De igual manera, cada uno de los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, el trato es homogéneo y se busca que todos los miembros hagan las mismas cosas. Las actividades que se desarrollan son de carácter obligatorio con miras a ejecutar un solo plan racional para el logro de objetivos que señale la institución. Los internos tienen todo un día programado en función de necesidades esenciales y la división entre internos y trabajadores es elemental. También un objetivo de la institucionalización es mantenerlos en ignorancia de la toma de decisiones de su propio destino:

HERMANA MARUCA¹⁸: No se les puede alterar. Belén se alteró ahora que fuimos a Ramones a recoger lo de las televisiones del gobierno. Se encontró con no se qué comadre y le dijo que su hermano había muerto. Se puso llore y llore, ¿y qué hacemos? Se alteran, luego nosotros tenemos que controlarlos. Con Alberto es lo mismo, no se les pueden pasar todas las llamadas. Todas, todas, no. Tampoco pueden hablar cuando ellos quieren. Ahora esta semana Emilio también ha estado insistiendo con eso. Pero no se puede, se ponen mal.

Este enfoque analítico resulta pertinente para analizar la construcción del yo respecto al encierro, aproximación que encontramos escasamente trabajada dentro de la aplicación de los modelos de intervención geriátrica. “La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí se particular interés sociológico” (Goffman, 2001: 25).

Así, la institución opera como un aparato organizacional que tiene el objetivo de separar al sujeto de todas las esferas sociales de su vida anterior a) desarrollando todos los aspectos de la vida en el mismo lugar y bajo la misma autoridad; b) llevando a cabo las actividades con en compañía de otros a quienes además de hacer las mismas cosas, se les da el mismo trato; c) con todas las actividades

¹⁸ La Hermana Maruca es la esposa del hermano Nicho; ambos dueños del asilo al momento de esta investigación. La hermana falleció en diciembre del 2014, 15 días después de que cerré mi trabajo en campo.

diarias programadas; y d) las actividades son de carácter obligatorio y forman parte de un solo plan racional para el logro exclusivo de objetivos de la institución.

En síntesis, el objetivo de las instituciones totales es agrupar y ejecutar en un solo escenario y a base de una organización burocrática y en ocasiones bajo un modelo de negocio¹⁹, las tareas más indispensables para la satisfacción de las necesidades humanas contenidas en un servicio de tipo prolongado.

2.2 El papel de los asilos en la oferta de cuidados a las personas envejecidas

Los asilos, las casas de reposo, las casas de día, los hogares para ancianos, residencias de alimentación y cuidado, las comunidades de retiro²⁰, etc. Son algunos de los espacios que han sido creados para atender a aquellos ancianos que por diversas razones no pueden permanecer en sus hogares, casi siempre por dificultades en el propio autocuidado.

Aunque cada uno de estos espacios tiene una definición y una oferta de servicios específica, lo cierto es que estos lugares representan una opción para la población envejecida diferenciadas en ocasiones de manera importante por la capacidad económica del propio viejo o sus familias, la posición social y el poder de decisión que hasta ese punto tenía el adulto mayor.

Esta heterogeneidad de antecedentes, dificulta puntualizar las ventajas y desventajas de que los ancianos pasen lo que resta de su vida en una estancia permanente o parte de su tiempo libre en espacios de cuidado y atención temporal.

¹⁹ Los modelos de negocio dedicados al servicio para adultos mayores toan da vez más vigencia para la puesta en marcha de un servicio asilar. La mayor parte de esta iniciativa ofrece a inversionistas e interesados en el tema un panorama organizativo, de recursos humanos y de mercado, que algunas veces empata con los modelos de atención, pero tiene tener un enfoque de franquicia más que de ayuda social integral. En todo caso, es poca la información que se encuentra del tema para el caso mexicano, pero es importante en el contexto español. http://www.emprenderural.es/sites/default/files/recursos-pdfs/Analisis-Residencia-Mayores_0.pdf

²⁰ Tipos de centro de cuidado a largo plazo. <http://www.rorc.research.va.gov/rescue-espanol/docs/community-resources/long-term-care.pdf>

El papel que ejerce una institución de este tipo, queda limitada por lo que se puede mejorar en términos de maniobras de los trabajadores y otros actores de jerarquía, sin especificar a ciencia cierta por qué ocurren de ese modo y por qué los residentes deben de actuar de cierta manera y transformar completamente su mundo de vida.

El mercado de los cuidados a adultos mayores es un terreno aun poco explorado tanto cuantitativa como cualitativamente. Y aunque en México no representa un asunto generalizado, pues las redes familiares siguen siendo quienes se ocupan de resolver las demandas específicas de sus adultos mayores, sí exige una especial atención y pertinente análisis, sobre todo si pensamos que la cantidad de población mayor que se espera tengamos en el país será especialmente importante en un par de décadas.

Los gobiernos, a través de los servicios de salud; el mercado por medio de la oferta de estancias de cuidado; las propias familias o los servicios particulares, contienen toda una serie de presupuestos, ideologías y representaciones en torno a lo que se debe hacer con los viejos y en consecuencia, tienen una noción específica de lo que significa la vejez en gran medida ensombrecida o subsumida al pragmatismo de las actividades de cuidados.

Si bien el cuidado es un aspecto fundamental para el tratamiento de un problema social como el que se avecina, poco se han elaborado las posibles salidas frente a la crisis de viabilidad de los sistemas de salud, sobre todo en relación al costo que representarán las enfermedades crónicas en este grupo social (ENSANUT, 2012).

Aunque los cuidados son mayoritariamente desempeñados en el hogar y por mujeres, no es muy frecuente evaluar el papel que tienen las instituciones asilares ni lo que representarían como salida en el cuidado a adultos mayores. Para Robles (2008), siendo el asilo la institución de cuidado con mayor arraigo en México, los significados en torno a éste está referido al cuidado de ancianos abandonados, sin familia y hogar; de igual manera, estos espacios se identifican con sujetos, que ahora ya envejecidos, no cumplieron en responsabilidad y afectos

con sus hijos y otros miembros de la familia, siendo muchas veces este espacio una *antítesis del cuidado* en sí misma.

Aunque en muchos casos el mantenimiento de la vida y los cuidados básicos son los ejes centrales de estas instituciones, la preocupación por los impactos psicológicos y la ausencia de oferta de terapéutica física y emocional han resultado aspectos que se han buscado analizar ampliamente en tanto que suponen una ruptura con el estilo de vida anterior y exigen una transformación del espacio habitual de vida.

La Organización Mundial de la Salud, a través del Modelo de Envejecimiento Activo concebido en el marco de discusiones de la II Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento en Madrid del 2002, pugnaba por la creación de un modelo que rescatara la importancia de la actividad física y el bienestar personal de los sujetos a fin de mejorar el proceso de envejecimiento y hacer a éste, exitoso. Este valioso aporte, ha resultado ser el paradigma básico para emprender acciones a favor de la calidad de vida de los adultos mayores como grupo social y está regido bajo tres postulados básicos a cubrir: salud, seguridad y participación social integrando condicionantes de tipo cultural, social, de género, entorno físico, sanidad y servicios sociales.

Detallado lo anterior, existe cierta preocupación por la forma en que las residencias para ancianos se constituyen y emprenden programas para la atención de sus residentes. Las más destacadas incluyen ciertos modelos preocupados por el diseño de aproximación psicosocial que enfatizan la interacción entre el espacio psíquico y social de los sujetos; modelos que se basan en la interacción persona-ambiente, sobre todo en términos del proceso adaptativo; los modelos que abordan la construcción del concepto de calidad de vida como el punto de partida para delimitar significado; y los modelos que buscan la excelencia o calidad total de la organización (Martínez, 2009).

2.3 El asilo Sinaí: Aspectos geográficos y socioculturales

Los Ramones: breve panorama geográfico

El asilo Sinaí Fuente de Reposo, se encuentra ubicado en Congregación Hidalgo, una de las 206 localidades que conforman el municipio de Los Ramones, Nuevo León. Su población hasta el censo INEGI 2010, indicaba tener 81 habitantes. Su clima no dista mucho del de los municipios del área Metropolitana de Monterrey, aunque prima el clima seco estepario con amplios periodos de calor seco y muy pocos de clima templado. Sus amplias llanuras, arbustos, mezquites y algunos nopales, adornan la mayor parte de las extensiones de tierra las cuales son ampliamente superiores a la cantidad de construcciones tipo casa habitación, tiendas de abarrotes u otros negocios particulares de la localidad.

En congregación Hidalgo, la distancia promedio entre una casa a otra es de 500 metros; el Asilo Sinaí se encuentra entre dos grandes casas habitación a la distancia promedio mencionada.

El asilo Sinaí y el contexto rural

El asilo es una amplia construcción de alrededor de 300 metros cuadrados que simula el diseño de una hacienda. Del lado derecho de la edificación observamos otras construcciones que se encuentran sin concluir y que también pretenden formar parte del espacio asilar: cuartos, un pequeño recinto para eventos religiosos y pequeñas bodegas.

Aunque los asilos nos remiten generalmente a las zonas de las grandes urbes o medianas ciudades metropolitanas, la existencia y demanda de instituciones geriátricas en contextos rurales es una realidad que opera inserta en un entorno de carencias propias de las regiones rurales en México y el noreste del país no es la excepción.

La distancia geográfica a Monterrey, las actividades productivas dedicadas mayormente a los rubros primario y secundario, y la alta cantidad de migración del municipio, promueven un halo de abandono que se reproduce en todas las esferas

de la vida de los habitantes que han decidido quedarse pese a las problemáticas económicas. Según sus habitantes, más del 90% de los ramoneses cuentan con pasaporte y una cantidad menor a ésta se encuentra viviendo en Los Estados Unidos: Nebraska, Texas, Arizona o Dakota son algunos de los estados que han recibido desde el siglo pasado a una cantidad considerable de pobladores que a su vez han trasladado a sus familiares a lo largo del tiempo.

Los residentes que han decidido voluntaria o involuntariamente quedarse en Los Ramones, tienen que sopesar las dificultades económicas consecuencia de la ausencia de industrias y los pocos atractivos turísticos; sin mencionar los pocos centros de educación básica y la pobre oferta de estudios a nivel medio superior que inciden fuertemente en la movilidad social de quienes residen permanentemente en el municipio.

La vida cotidiana en Los Ramones

Las actividades de la vida diaria se inscriben en la expectativa que tiene el regreso de los “pasaporteados” a Los Ramones. La feria anual ganadera representa anhelo y la oportunidad de los pobladores locales para vender sus productos, recibir y festejar a los familiares y amigos que se encuentran entre los meses de marzo y noviembre fuera de la región debido al trabajo que desempeñan en los Estados Unidos; aunque no es una regla, pues aunque parecía que las actividades sociales del municipio se acrecentarían considerablemente de noviembre a enero, no todo el tiempo fue perceptible. Algunos paisanos no regresan a Los Ramones en estos meses, sino hasta en un par de años. Este cambio se sentó en el clima de violencia de los años 2009 a la fecha, y que aunque ya no es en general apreciable en la actualidad, sigue siendo un fuerte motivo para que los ramonenses no regresen a su municipio de origen.

El estilo de vida de los habitantes de Los Ramones está fuertemente influenciado por estas carencias. Aunque la vida cotidiana de los pobladores no es precisamente un objetivo de la investigación, sí resulta necesario hacerle

referencia para explicar las dinámicas de interacción y actitudes propias de la cultura rural del noreste de Nuevo León que impactaron de manera considerable en mi proceso adaptativo al lugar y al análisis de la situación asilar así como la interacción entre los actores, antecedente que tenía más considerado como elementos de contexto a los que tenía que hacer mención para situar el problema geográfica pero no socioculturalmente.

Las actividades en las que me vi envuelta fuera de la institución asilar, me permitieron percátame de asuntos estructurales que impactan directamente en el devenir de muchas de las actitudes y acciones de quienes integran la vida de un asilo; trabajadores, pastores e incluso residentes, se encuentran insertos en una realidad cultural concreta que explica muchas de las interrogantes concernientes sobre todo, a la poca idea de la importancia de contar con servicios de salud públicos cercanos a sus domicilios y a la atención médica en una institución de ese tipo, pero también sobre la idea de ser o estar viejo de forma digna, que a su vez está anclada a una dimensión de derechos sociales y humanos básicos que escasean fuertemente en el imaginario de los pobladores.

Esta situación construye sustancialmente las representaciones y las prácticas que están contenidas cotidianamente en el asilo. Algunos ejemplos ilustrativos tienen que ver con las actividades que los trabajadores y los pastores desempeñan con los familiares más cercanos y redes familiares o de amistad fuera de la institución, sobre todo en el contexto de la unidad doméstica y espacios públicos, y que fungen como referencia sustancial en la vida diaria de los habitantes que intentan romper con la árida oferta de actividades sociales.

En el municipio opera de manera importante una oferta recreativa que se adscribe a los espacios físicos, materiales y de identidad que tiene la región. Los mismos habitantes encuentran atractivos las carreras de caballos, las ferias ganaderas en el propio municipio y otros alrededores, los jaripeos, las parrilladas de carne y pollo a la orilla de algún río mientras beben cervezas; asistir a bodas y quinceañeras, juntarse en las plazuelas de cada localidad, trasladarse de un domicilio a otro en el

“mueble”²¹ con los clásicos éxitos norteños y las nuevas revelaciones de banda sinaloense a todo volumen en su estéreo o convivir con la familia cuando es ocasión, sacando mecedoras o sentándose en las construcciones de concreto que han elaborado con este fin sin ningún elemento distractor más que una amena plática y algún juego de mesa.

Perspectivas de vida de la población rural: migración, matrimonio y trabajo

Las situaciones de problemáticas sociales o altamente emocionales son suprimidas. Es común ver que las jóvenes de 17 años anuncien sus nupcias o los jóvenes estén buscando cumplir con este requisito, al tiempo que se encuentran muchachos que estén buscando cumplir con ritualidad las propuestas de las canciones norteñas o de banda sinaloense: tener muchas mujeres, dinero o consumir alcohol y drogas.

La expectativa de las mujeres jóvenes es casarse antes de los 25 años con alguien que resida en el municipio, si es pasaporteado, mejor. Ellas no encuentran especialmente importante estudiar más de la secundaria, pues además de no haber una oferta cercana y de su preferencia, no resulta necesario, pues las expectativas propias pero influenciadas fuertemente por sus padres y el contexto están relacionadas con el matrimonio y la pronta maternidad.

Para los hombres la expectativa interpersonal es la misma, no obstante, la exigencia laboral es mucho mayor, aunque no necesariamente la educativa. Se espera que el varón consiga “irse al otro lado” o encuentre un empleo, pero más un oficio que desempeñar si se tuvo que quedar en los Ramones; la ganadería es una salida, pero también la albañilería. Aunque hay mayores casos de hombres que buscan una profesionalización más allá de la escuela preparatoria, son minoría y generalmente no tienen que ver con expectativas de crecimiento personal, son más bien una necesidad que aparece y se aprovecha. La conciencia de oportunidades está muy limitada por las condiciones materiales y la posibilidad real de trasladarse diariamente a los centros urbanos de Nuevo León. Sin

²¹ “Mueble”, es la palabra con la que los pobladores llaman comúnmente al automóvil.

embargo, aunque la migración a otro municipio es una posibilidad tangible, en la respuesta de los lugareños, resulta mucho más problemática, pues en este contexto es más aceptable realizar el esfuerzo de migrar a los Estados Unidos pero no a Monterrey.

Para las trabajadoras más mayores, las opciones de cambiar de residencia están bastante limitadas y realmente no se concibe como un problema real. La mayoría son mujeres que no tienen el apoyo de sus maridos debido a la migración, pero en muchos casos por abandono. El apoyo que llegan a recibir del otro lado es por medio de las remesas que en ocasiones mandan sus hijos varones, pero no más. Por lo tanto, el empleo es la única vía de subsistencia. Si no han encontrado la manera de poner una tiendita o negocio local, trabajar en el gobierno municipal o poder irse a Cadereyta o Cerralvo a trabajar, la última posibilidad las envuelve a los trabajos de cuidados en el asilo Sinaí.

Formas de interacción y relaciones interpersonales de la población ramonense. Una mirada a las prácticas sociales para entender el trato a los ancianos

La forma de vida de rancho, seca, árida y recia, carece de suavidad en los tratos verbales y no verbales; la franqueza y el pragmatismo son la regla y un antecedente necesario para desempeñar un trabajo eficaz, aunque no necesariamente bien hecho. La fraternidad entre padres e hijos, hijos y padres, amigos y otras relaciones es áspera. Los pobladores buscan cumplir con requisitos muy puntuales dentro de la tradición pueblerina que no entorpecen en absoluto los afectos o la estima por los miembros de la familia y otros vecinos. De hecho, es poco común que no se conozcan o al menos reconozcan entre ellos cuando pasan en la troca.

El estrato social es homogéneo y es poco perceptible para quienes se quedaron a vivir de manera indefinida en Los Ramones. La relación con el gobierno y las

autoridades es difícil de describir como opresiva o hasta jerárquica; de todas maneras quien actualmente lidera el gobierno del municipio hasta hace poco se dedicaba a la ganadería con mediano éxito y antes de acceder al cargo, era un vecino, conocido o familiar lejano del que todos o gran parte del municipio conocía directa o indirectamente.

La población se siente cercana y lejana al mismo tiempo de los procesos administrativos y el ejercicio del poder. En cierta manera, no creen que tenga mucho caso preocuparse por lo que hagan o dejen de hacer: la ayuda o la mejora a sus condiciones de vida está más relacionada a la posibilidad migratoria, pues es el proceso social más cercano que tienden a relacionar con la movilidad social.

En las innumerables veces que visitaba la casa de Mari²² después que terminaba la jornada laboral, nos recibía siempre su madre; su padre llegaba unos pocos minutos después de las 6 de la tarde luego de trabajar como albañil en alguna obra municipal, pero su abuela, madre de su mamá, siempre estaba sentada en alguna de las mecedoras que se encontraban en la cochera. La señora sufre de Alzheimer y aunque no es posible mantener una conversación con ella, pues las dificultades se enmarcan en la dificultad para coordinar algunas palabras o no entender del todo el hilo de las conversaciones en espacio y tiempo, todos podríamos haber realizado un esfuerzo por integrarla en algunas charlas.

Si pudiera definir el trato que la madre de Mari daba a su abuela sería insensible, recio y hasta grosero. Cuando la señora quería ir al baño, sólo se escuchaban gritos dirigiéndola correctamente al sanitario; cuando comía, oía reclamos y regaños respecto a su comportamiento inquieto de la noche anterior y situaciones por el estilo. En fin, este tipo de escenas eran frecuentes y cada uno de los días que estuve pasando la tarde en su casa las pude observar. Sin embargo, aunque la abuela parecía ignorar estos desplantes por parte de su hija, yo no podía dejarlos pasar y en alguna ocasión mi mirada obligó a la madre a dejar de

²² Mari se encarga de la lavandería en el asilo, aunque también funge como cuidadora.

vociferar cuando yo me encontraba ahí. Aunque la actitud de la anciana era indiferente ante tales arrebatos, muy seguramente su pasividad respondió al grado crónico de la enfermedad que invade su cerebro, el Alzheimer.

Otras formas de interacción también se adscriben a la historia anterior, tanto entre esposo y esposa y viceversa, o padres e hijos. El trato entre padres y otros familiares es duro, recio y con un tono de voz imponente, sobre todo si se trata de los varones, pero mucho más si es el padre de familia. Esta situación parece no incomodar ni a los miembros de la familia ni a otros invitados o vecinos. Cuando estaba en la sala o compartiendo la cena, era frecuente que los esposos se gritaran, pellizcaran y se mandaran con pequeñas groserías, “muy lejos de ahí”.

Esta actitud se replicaba en la forma en que se llevaban algunos trabajadores que compartieran un lazo consanguíneo o no. La forma de saludarse, de platicar o de contarse un chisme, tenía una fuerte carga de asperezas, buscando interminablemente la ocasión de vencer verbal o físicamente al interlocutor. Un error en el trabajo o un comentario percibido como desatinado, era motivo para increpar a su ejecutor de la forma más hiriente pero más aceptable posible. Así, lograban en cierta manera sobrellevar la monotonía del trabajo que sólo resultaba ser una reducción de la invariabilidad estructural de la sociedad a la que pertenecen. De esta manera, el aburrimiento, el desazón por el contexto y la ausencia de posibilidades de distracción, hacen resaltar a las personalidades dominantes frente a aquellas menos destacadas; no obstante, en general, cada uno de los cuidadores genera estrategias comunicativas acordes a los embates cotidianos que en la mayoría de los casos llegan a buen término.

Fueron de hecho los altercados que tuve con ellos los más significativos, y en cierta manera los que más evidenciaron la dinámica sociocultural e interpersonal. De alguna manera la distancia social que yo consideraba un asunto menor, resultó muy importante y la que generó importantes eventos, unos amistosos, otros no tanto pero todos vinculados al contexto en el cual me encontraba.

Frente a este referente de conductas y perspectivas de vida, los viejos y otros grupos que son altamente vulnerados por las prácticas de la región, como las mujeres o los jóvenes, no son pensados como sujetos que merezcan un trato especial. Antes bien, se ven como una especie de carga a menos que puedan trabajar o estudiar o ser un buen partido para casarse. Los viejos, al no ocupar ninguna posición social importante o generar otra expectativa más que el deterioro y la muerte, no son del interés ni preocupación del engranaje social; son invisibilizados o en el mejor de los casos obligados a sobrellevar el estilo de vida de las personas más jóvenes, lo que perjudica seriamente su salud y los aleja de una mejor calidad de vida.

Nivel instrucción y capacitación laboral de los cuidadores, expectativas y realidades en el contexto rural

No esperaba encontrarme con una inmersión de la cultura rural tan altamente perceptible dentro de la organización, las normativas y en consecuencia, los quehaceres cotidianos para llevar a cabo la administración y la ejecución de tareas que en general, mantenían a flote los aspectos más elementales de una institución como ésta.

Frente a este antecedente, me encontré con una postura ligera en torno a la capacitación por parte de los pastores a los trabajadores pero también en el desempeño de estos últimos en todas las actividades de cuidado. Dentro de las actividades relacionadas al ámbito de la medicina o enfermería esta situación era perceptiblemente lega, y dentro de los cuidados resultó, observando su desempeño laboral, bastante impreciso y poco profesional para la cantidad de necesidades clínicas que requiere la población mayor por vejez y enfermedad.

Para los trabajadores, acostumbrados a una vida problemática por la lejana posibilidad de acceder a oportunidades laborales, de educación y que han tenido que cruzar al menos una vez de ilegales al otro lado, la vejez o más bien, el

cuidado a los viejos resulta simplemente tedioso como empleo, pero también el cuidado a otros ancianos fuera del espacio laboral es un escenario que busca ser evitado en la esfera familiar más inmediata.

Cuidadores y antecedentes en trabajos de cuidados

Los cuidadores son mujeres y hombres residentes del municipio de los Ramones. El equipo de trabajo lo conforman 6 cuidadores mujeres, 2 cuidadores hombres y 2 cocineras.

La edad de las mujeres cuidadoras varía, siendo la más joven Mari, de 23 años. Las demás, se ubican en el rango de edades de los 40 a 50. Los varones son dos jóvenes de 20 y 24 años.

La mayoría de ellos nunca había trabajado en una institución asilar o con personas mayores. Sólo una de ellas ya había cuidado a una persona enferma en su domicilio por un año. De los varones, el enfermero es el único que tiene conocimientos teóricos sobre cuidados a los viejos, pero no había trabajado anteriormente en prácticas de cuidados.

Tiempo de trabajar en el asilo

Todos los cuidadores tienen más de un año de trabajar en el asilo. Los más jóvenes son quienes tienen menor tiempo ahí: los dos muchachos y Mari. Las demás cuidadoras y las cocineras superan los 3 años de estar trabajando en el asilo, incluso algunas superan los 5 años.

Con los trabajadores tuve avances importantes a lo largo de mi estancia y aunque al inicio fue complicado obtener su confianza, a la mitad y final de mi trabajo de campo esta situación se transformó abismalmente. Con la mayoría tuve una relación cordial, de camarería y hasta de amistad. Aunque la forma en que ellos suelen relacionarse es algo tosca y grosera, pude finalmente adaptarme a los modos y poder incluirme en sus pláticas cotidianas que versaban sobre todo de la

asignación de tareas de trabajo y la relación laboral con pastores, comida, relaciones familiares y chismes de pueblo. Esta confianza me ayudó a en cierta medida a seleccionar a mis informantes pues eran ellas (las cuidadoras) las que me decían quiénes sí y quiénes no podían hablar conmigo y me introdujeron a algunos datos personales y de vida de los asilados. Aunque esta situación tomó tiempo, finalmente fue importante para mi trabajo de campo, pues en ocasiones me presentaban con ellos o simplemente me decían cómo se llamaba cada uno, facilitando mucho mi trabajo.

Tabla 1. Edades, experiencia y nivel de instrucción por cuidador

Trabajador	Sexo	Edad	Años trabajando en el asilo	Nivel de instrucción en cuidados
Dalila	M	45*	7	Ninguno
Lorena	M	27	2	Ninguno
Mariana	M	24	3	Ninguno
Lupe I	M	50*	5	Cuidó a enfermo por 2 años
Lupe II	M	50*	5	Ninguno
Ernestina	M	50*	5	Ninguno
Yadira	M	50*	4	Ninguna
José	H	24	3	Actualmente estudiando enfermería
Franciso	H	19	2	Ninguno
Isabel	M	40*	4	Ninguno
Erin	H	28	2	Ninguno

Fuente: Elaboración propia con base a observación

*Aproximadamente

2.4 El espacio físico y recursos materiales del asilo

El patio

El patio es amplio y se encuentra atravesado por tres corredores que conducen a las habitaciones; uno al centro y otros dos en diagonal del lado izquierdo y derecho, respectivamente, además de los andadores que enmarcan cada uno de los cuatro puntos de la edificación. Los postes que sostienen el techo de los corredores son de color blanco, no obstante, unos se encuentran sin

recubrimiento. El exterior de las habitaciones, la enfermería, el comedor, etc., se encuentran pintados de un color anaranjado oscuro y con algunos trazos en negro que cubren el contorno de las puertas y ventanas. En algunos casos, las habitaciones tienen en su exterior lámparas tipo farol. En zonas de alto tránsito, es decir, la puerta principal, el dormitorio de los pastores, los pasillos que dan tanto a las habitaciones como al comedor están vigiladas por cámaras de seguridad, aunque no es así en el interior de cada uno de estos lugares.



Foto 1. La entrada del asilo Sinái



Foto 2. Uno de los corredores del asilo

El patio se encuentra adornado por dos amplias macetas de concreto de unos 3 metros cuadrados: una de forma triangular y otra rectangular; ambas contienen algunos arbustos y flores como rosales y gardenias que generalmente se encontraron todo el tiempo bien cuidadas. Durante los meses de mi estancia, es decir, de septiembre a noviembre, los rosales no florecieron, aunque las postales siempre estuvieron reverdecidas y no fue sino hasta mediados de diciembre que los rosales comenzaron a brotar llamando la atención de las ancianas sobre todo y también de algunos trabajadores. Sobre las áreas en terracería hay palmeras, nogales, rosales, un árbol de papaya y hasta cultivos de melón.

El patio también tiene una gran cantidad de mecedoras, sillas y bancas de forja, metal y sólo algunas pocas de madera. La mayoría reposan sobre el concreto, pero la otra parte se encuentra sobre los espacios de tierra o en los lugares que han sido rellenados con cemento. En la mayoría de la superficie del terreno, este relleno de concreto está colocado de manera irregular por lo que la pisada se dificulta, sobre todo para los adultos mayores. En bastantes ocasiones me tocó observar cómo los ancianos más inquietos y que quebrantan la prohibición de

estos recorridos, se movilizaban con dificultad y aunque tomaban las precauciones necesarias apoyándose de algún poste o disminuyendo la velocidad de su caminar, pudieron haber sufrido alguna caída de consideración, que a sus edades, puede desencadenar en fracturas e inmovilidad parcial o total. Los internos con alguna discapacidad motriz tienen mayores posibilidades de sufrir este tipo de accidentes, así como también aquellos que padecen epilepsia. Chayo, por ejemplo, sufrió tres caídas durante mi estancia, siendo la segunda, la de mayor consideración por lo que tuvo que ser trasladada al hospital y estuvo fuera del asilo por dos semanas.



Foto 3. El patio principal. Vista desde la farmacia y las habitaciones de los hombres.

Si bien este recubrimiento resulta ser una solución a la dirección que toman los caudales de agua cuando se hace aseo en el patio o llueve mucho, no deja de ser un elemento importante que promueve accidentes. Aunque la vigilancia por parte de los cuidadores pretende ser constante y total, la distracción intencional o no, es parte de la vida cotidiana en el asilo, de manera que, aunque no se podrían erradicar por completo estos daños regularizando algunos aspectos físicos del lugar, sí podrían disminuir.

Las mecedoras y sillas permanecen la mayor parte del tiempo sin ocupar; en ocasiones son Moi, Alberto o Emilio los que las ocupan; estos dos últimos debido en gran medida por la solicitud de entrevista, ya que, al ser espacios aislados de la mayoría de los internos y trabajadores, resultó un lugar ideal para aplicar el instrumento.

Son pocos los hombres quienes suelen ocupar las mecedoras alrededor del patio. La mayoría se concentran en el área en donde se encuentra el televisor: son de 5 a 6 los ancianos que pasan la mayor parte del tiempo, a excepción de las horas en las que tienen que dirigirse al comedor, viendo noticias y programas de variedades como “Laura en América” y “Lolita Ayala”. Los demás ancianos se encuentran tan cansados y enfermos que están todo el tiempo en sus camas o sillas de ruedas.

Si una se introduce a las habitaciones, observa postales de aflicción y anticipo de muerte: ancianos a punto de desfallecer de la poca fuerza que tiene su cuerpo, sentados en sus sillas de ruedas o postrados en la cama pocas veces intentando establecer contacto visual o comunicación verbal; la comunicación, si se diese el caso, sería de todas maneras casi indescifrable por lo que la alimentación e higiene suelen ser las únicas formas en que es posible interactuar con estos internos.

Pasillos y corredores

En el área de los pasillos y corredores se encuentran colocadas la mayoría de las bancas y otras mecedoras de metal. En estos espacios generalmente se concentran las mujeres; éstas se sientan en grupos de dos o tres cuando desean separarse del grupo de ancianas que se encuentran sentadas en las bancas principales y que están contiguas a la habitación principal. En algunas ocasiones se sientan solas, cuando se da el caso, las ocupan principalmente aquellas mujeres ancianas que tienen un avance de senilidad importante, están impedidas para comunicarse o simplemente no quieren hacerlo. Estos aspectos son bastante importantes desde el punto de vista de la posición espacial que ocupan los

ancianos, ya que la circulación y permanencia de los adultos mayores en un sitio u otro está relacionado con la gravedad de las enfermedades que padecen.

Podemos encontrar por un lado ancianos totalmente impedidos mental y físicamente para movilizarse y encontrar otro grupo de ancianos de los que se puede presumir un alto nivel de autonomía en comparación con otros: por tener menos años, menos enfermedades o no experimentar una cronicidad en sus padecimientos que los imposibilite.



Foto 4. Andrea y Pita en el corredor principal tomando café después de la comida



Foto. 5 Anciana caminando rumbo a la sala de estar y el comedor

Las habitaciones

Las habitaciones que conforman el asilo son 25, sin embargo, no todas funcionan como cuartos para los ancianos y ancianas. Los primeros tres cuartos que se encuentran en la entrada del asilo son las de los pastores, las cuidadoras que toman turno de noche y el mío propio.

Cada cuarto está numerado hasta el 25, a excepción de mi habitación. De la 3 a la 20 son habitaciones que los internos comparten con al menos 2 asilados más, a veces hasta 3. El primer grupo de habitaciones se organiza hasta el número 12. En estos cuartos se quedan los internos hombres que conforman el asilo. A partir del número 13, encontramos cuartos que son ocupados por mujeres. Las habitaciones más alejadas tanto de la entrada como de las habitaciones de las cuidadoras son de aquellas personas que no requieren tanta supervisión o atención urgente, sobre todo solicitada por la noche. Algunos hombres también ocupan habitaciones después de este marcaje, principalmente, por no tener una edad tan avanzada o no padecer enfermedades que requieren la supervisión completa de las cuidadoras.

Las habitaciones tienen una dimensión aproximada de 18 metros cuadrados y cuentan con tres camas individuales de madera que son bastante austeras: están tendidas con sábanas y sobrecamas algo gastadas pero que permanecen limpias. En tiempo de invierno, las camas son cubiertas con dos o tres cobijas de lana que los trabajadores colocan ahí y en las cajoneras de los cuartos. Las recámaras no se encuentran todo el tiempo pulcras, pues es constante que, sobre todos los ancianos varones, entren y salgan al baño o a recostarse en repetidas ocasiones durante el día. Asimismo, los ancianos más mayores son alimentados en cada una de sus habitaciones por lo que los residuos de alimentos pueden ser encontrados sobre lo que visten y el suelo. Aunque los trabajadores tratan de mantener aseados los cuartos, es frecuente que no se haga limpieza más de dos veces. Los momentos en que las habitaciones pueden estar más limpias y en orden es justo en la mañana, cuando los cuidadores alistan a los ancianos para ir

a tomar el desayuno a las 8 de la mañana, y quizá antes de que se vayan a dormir a las 5 de la tarde. No pude observar otras situaciones en las que la limpieza hubiera sido prioridad, salvo en eventos en los que los ancianos se ensuciaban más de lo habitual u orinaban sus prendas. En una ocasión Tito, uno de los internos que padece esquizofrenia, embarró el baño de su habitación con excremento. Los cuidadores no hicieron más que limpiarlo, regañarlo o llamarle la atención era casi imposible o más bien no recomendable, pues alguna negativa podría desencadenar en una reacción altamente violenta que perturbaría no sólo la tranquilidad de otros internos, también pondría en problemas a los trabajadores, pues no cuentan con los elementos necesarios para solucionar este tipo de contingencias.

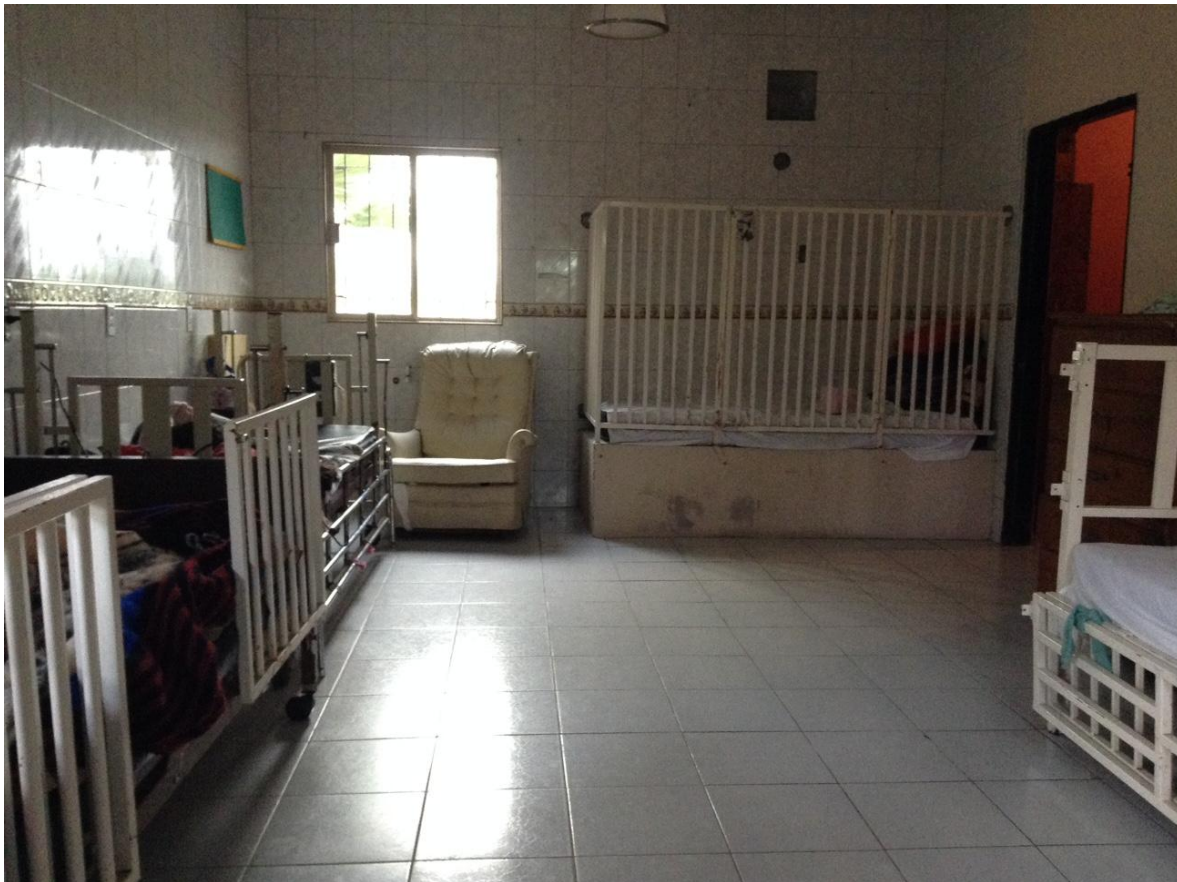


Foto 6. Habitación para mujeres

Dentro de las recámaras, algunos tienen consigo objetos personales que, además de su ropa, guardan en las viejas cajoneras de los cuartos, sin embargo esto es poco común. La mayoría de las que guardan fotografías, broches, cadenas y otros objetos, son las mujeres pero no más de 5 internas se encuentran en esta situación un tanto privilegiada si consideramos que el mobiliario es limitado por persona para la cantidad de ancianos internados. Las mujeres que conservan algunas cosas, suelen ser las que se encuentran más lúcidas en general y/o que son visitadas con más frecuencia. Sus familiares vienen a traerles estos artículos o los obtienen cuando las sacan de paseo o compras y regresan con todo tipo de objetos: maquillajes, más ropa, zapatos nuevos o algún antojo que les gustaría comer dentro del asilo, aunque este deseo es muy poco común de satisfacer pues entre las reglas de alimentación y la desorganización o mala fe de algunos trabajadores, la comida fuera del régimen establecido de alimentación, no llega a los adultos mayores a quienes se los trajeron.



Foto 7. Habitación para hombres

Las habitaciones femeninas no distan mucho del diseño de las de los varones. No obstante, ellas conservan más objetos personales. En los cuartos podemos ver algunas cremas, pulseras y hasta revistas viejas encima de los burós y cajoneras. En general, los cuartos de las mujeres permanecen más aseados, pues es menos frecuente que ellas entren y salgan, salvo cuando necesitan ir al sanitario. Las cuidadoras ofrecen el mismo aseo entre las habitaciones de los hombres y las mujeres, y aunque son diferentes las trabajadoras que trabajan una y otra área (unas la de mujeres y otras/os en las de los hombres), las mujeres realizan menos alteraciones en las habitaciones pues prefieren estar afuera que adentro.

El cuarto principal de las mujeres es amplio y tiene 20 camas, algunas con rejas²³, que se encuentran distribuidas la mayoría en medio del cuarto y las restantes en dos espacios de la misma habitación que son divididas por dos muros. Cuentan con un baño que es más amplio que las habitaciones “simples”; tienen dos sanitarios y un lavabo grande. Los baños al igual que el de los hombres, cuentan con tubos para que se tomen de ellos mientras son bañados y no se resbalen. Hay algunas sillas de plástico, toallas colgadas, ropa sucia en botes y algunos trapos mojados tirados o sobre algún tubo; los baños no tienen puertas. La justificación de la ausencia de puertas tiene que ver con la facilitación a los trabajadores para realizar el aseo de en una tarde, 10 ancianos por trabajador, aunque también tiene relación con simplificar el acceso al sanitario a las ancianas y ancianos, considerando la urgencia y la dificultad de maniobrar en semi oscuridad o atarantados por la interrupción de su sueño.

Al momento de bañar a las ancianas se hace en grupos de 3 o 4, que esperan una a una a que sea su turno. Esto permite más agilidad las cuidadoras en detrimento de la privacidad de las ancianas, que con caras largas, descontento y tristeza, deciden conformarse y esperar a que les llamen.

²³ Las camas con rejas son las para los ancianos y ancianas más inquietos, los que buscan salirse por la noche o los que se quieren hacer daño.

Las habitaciones tienen un solo cuarto de baño por pieza, éste es austero: sanitario y lavabo en color blanco, azulejos crema un tanto descoloridos y el piso tanto de la habitación como del baño en obra gris. Cuentan con agarraderas en las regaderas y una silla especial para bañar a los ancianos que no pueden mantenerse en pie. Encuentras todo tipo de artículos en los sanitarios, desde bacinicas, toallas, hasta ropa sucia y húmeda de los internos que se encuentra distribuida sobre las sillas o en el suelo. A veces los baños permanecen todo el tiempo mojados y no hay más de un trapeador disponible por área. Esta situación además de ser un poco antihigiénica, es peligrosa. En general, el aspecto de los sanitarios deja mucho que desear, son húmedos, fríos y muy poco privados. Los ancianos y ancianas están obligados a compartir el sanitario y esperar a que sea aseado cuando los trabajadores así lo consideran; no hay supervisión constante de estos aspectos. Aunque existe un sistema de calefacción que se utiliza cuando hace frío, es casi imposible permanecer caliente si no existen puertas que dividan el baño de la habitación, aunque ocurre que las ancianas y ancianos no se inmuten pese a estas situaciones y menos reaccionen de manera violenta; las únicas ocasiones observables de acciones de descontento son las de resistirse al baño, la cual no suele durar más de 15 minutos a partir del momento en que se insiste por parte de las trabajadoras o trabajadores. Aunque ha ocurrido, dependiendo del caso, la enfermedad y las consecuencias de someter a alguien al baño contra su voluntad, que se omita este proceso de limpieza, pero no sobrepasa la semana. Este fue el caso de Amparo, una de mis entrevistadas, cuando recién llegó al asilo.



Foto 8. Baño para hombres

En términos de olores, el que se distingue dentro, es una combinación entre cloro y orines, dependiendo de la hora en que una accede a ellas. Por las mañanas, los olores son más benévolos con el olfato a diferencia de la tarde, pues recién se ha realizado la labor de limpieza y se han bañado los ancianos y ancianas que así lo han requerido. Aunque las cuidadoras asean dos veces al día estas áreas, el hedor se percibe claramente. Al principio, los olores si no me parecían extremadamente penetrantes como los había imaginado, sí me incomodaban, no obstante, esta situación cambió radicalmente al paso de los días, pues llegué a minimizarlos hasta llegar al punto de no reconocerlos, pues preferí enfocarme a observar otros asuntos que involucraban la vida diaria de los asilados.

La ropa de los internos se guarda en varios botes o tambos de plástico de color blanco que tienen inscritos los dos o tres nombres de los propietarios de las prendas. Estas etiquetas suelen señalar a los dueños de las prendas, sin embargo, me percaté que no siempre la ropa dentro de los botes pertenecía a los nombres que ahí estaban escritos. Era difícil saber, con honestidad, si realmente la ropa dentro de los contenedores alguna vez fue de los ancianos y ancianas, pues podía darme cuenta que a muchos les quedaban pantalones y sudaderas bastante holgadas o muy apretadas, o que no correspondían con su complexión en lo absoluto. Esta situación pudo ser comprobada con los informantes y en algunas charlas informales con los ancianos y ancianas; la queja era constante, su ropa y zapatos no eran suyos, lo que percibían como un punto más que vulneraba su intimidad.

El comedor, cocina, sala de estar y salón de terapias

Al llegar al número 22, hemos recorrido casi la totalidad de la construcción. Es en este número en el que se encuentran tanto la sala de estar, un cuarto que funge como sala de terapias con algunos andadores y aparatos para hacer ejercicio, así como el comedor y la cocina. Estas áreas son amplias y permanecen en general bien aseadas; son espacios amplios, con pocos muebles y aditamentos que funcionan más bien como vías de acceso al comedor y cocina.

La sala de estar sólo es ocupada por las mujeres y por las tardes ya que, según explicación de las cuidadoras, la resolana que pega en el patio después de medio día les puede afectar. Esta área las resguarda también del frío y otras inclemencias del clima. En tiempo de invierno pasan prácticamente todo el día en este sitio, pero algunas prefieren regresar a sus habitaciones o quedarse un tiempo más en el comedor.

La sala de estar

La sala tiene una pequeña explanada en forma de media luna que funciona tanto como capilla como lugar en donde se puede realizar culto y otras actividades de oratoria religiosa. La sala está rodeada de barrotes blancos de metal y la adornan algunas flores de plástico. Dentro y fuera de la misma, están algunas mecedoras de metal y un porta micrófono color negro de estilo trípode. Durante toda mi estancia dentro del asilo, nunca observé que se realizara ninguna actividad litúrgica ni se llevaran a cabo celebraciones cristianas.

La sala tiene una televisión de 32 pulgadas empotrada en la pared de lado derecho justo al entrar, un viejo aire lavado de piso de más de un metro de altura, una amplia banca de madera, sillas, mecedoras y sillas de ruedas.

Aunque la televisión está a alto volumen sólo las más lúcidas se entretienen con lo que pasa ahí, la mayoría permanece observando a otro lado o platicando entre sí. Algunas veces, este espacio es utilizado para que las cuidadoras dejen a alguna anciana “inquieta” o que está turbando el orden y la tranquilidad de otras ancianas. Lidia, una de mis entrevistadas, es una de ellas. En tres o cuatro ocasiones se le colocó en esta área y en la sala de terapias por su “mal comportamiento”. Estos malos comportamientos con frecuencia responden a la poca paciencia que el asilado tiene al momento de solicitar a alguna de las cuidadoras lo traslade al baño, le ayude a llenar su bote de agua o lo movilice a otra área del asilo. El mal comportamiento está valorado en función de los berrinches y en ocasiones maldiciones que los ancianos y sobre todo ancianas hacen cuando no se les atiende al momento. En muchas de las ocasiones las solicitudes son legítimas y

es difícil diferenciar cuándo son peticiones encaprichadas en la necesidad de atención y cuándo la prontitud a las solicitudes de cuidado es urgente. Es comprensible que la dependencia total o parcial para llevar a cabo actividades fisiológicas o no ser tomados en cuenta para ser cambiados de lugar y mejorar no sólo su estancia, también su ánimo o hasta que no les pegue el sol, les produzca irritación que es interpretada por parte de los trabajadores como un asunto de rebeldía.

El ambiente suele ser cálido a pesar de la gran cantidad de ventanas que tiene la habitación. Cuando la temperatura es calurosa, los abanicos de techo suelen estar encendidos, aunque no durante mucho tiempo; algunas ancianas son bastante enérgicas al solicitar que éstos se apaguen pues sus cuerpos requerían mayor temperatura. El tema de la termorregulación en la tercera edad, un tanto abandonado de manera clínica en el asilo, resulta fundamental, pues esta condición está relacionada con las deficiencias de los nutrimentos calóricos diarios y el abrigo, un asunto difícil de atender de manera médica y nutricional a nivel paciente por falta de recursos humanos y capacitación a los trabajadores. La urgencia de inmediatez en el abrigo, es decir, cuando es prioritario vestir a los internos rápidamente después del baño o tener que organizar y preparar alimentos para un grupo amplio de ancianos, superan la capacidad de satisfacer la adecuada nutrición de los internos, al menos de manera individual. Algunas veces estos asuntos son resueltos con suplementos alimenticios como *Ensures*, pero no se busca solucionar sistemáticamente a corto o mediano plazo la mejora de la situación de las ancianas y ancianos personalmente.

Respecto al entretenimiento en la sala de estar, son pocas las ocasiones en donde las ancianas deciden qué ver en la televisión, la mayoría de las veces son las cuidadoras las que deciden qué ver; normalmente tienen predilección por ver “Laura en América” o “Teleritmo”, canal que transmite videos musicales de género banda o ranchera, música que usualmente disfrutaban en sus celulares y camionetas cuando están fuera del trabajo.

La sala de ejercicios

La sala de ejercicios permanece casi siempre vacía. Algunas veces son dos o tres ancianos quienes se quedan en esa área y en sus sillas de ruedas. En ocasiones llegaban por sí mismos, pero muchas veces eran llevados hasta ese sitio gracias a la ayuda de algún compañero, casi siempre Emilio o Alberto, los varones más saludables física y mentalmente en el asilo y que también fueron mis informantes.

Respecto al uso de los aparatos para estimulación y fisioterapia, sólo un par de internos llegaron a utilizarlos pero sin supervisión de las cuidadoras. Esta zona permanece prácticamente desierta y sirve más de tránsito al comedor que área recreativa. Podemos encontrar algunas escaladoras, rueda de hombro, modulo de marcha con barandas, paralelas de aproximadamente 3 metros de longitud y algunas ligas con elásticos desgastados.

El comedor y cocina

El comedor es una amplia área en la que se encuentran alrededor de 20 mesas de plástico tipo desplegable. Cada mesa cuenta con tres o cuatro sillas; tres sillas si se encuentran junto a la pared y cuatro si se encuentran al centro de la habitación. El diseño del comedor es sobrio y austero: tres ventanas de dos metros de largo y uno de ancho y tres ventiladores de techo. El espacio se encuentra escasamente adornado, sólo se encuentran un par manzanas de cerámica colgadas en la pared y unas botas navideñas al fondo con los nombres de algunas cuidadoras.

Avanzando unos metros más, encontramos la cocina que es amplia y cuenta con una estufa y campana grandes, fregadero doble, anaqueles de aluminio, microondas, dos refrigeradores, dos congeladores tipo industrial en donde guardan carne molida, abundantes kilos de pollo y algunos botes de leche y otro anaquel que guarda trastes de cerámica para uso de los trabajadores y de plástico para los ancianos. En la parte exterior de la cocina se encuentra un patio en

forma de *L* algo descuidado; la hierba está crecida irregularmente, tiene cuartos contruidos que permanecen en obra gris, algunos no cuentan con puertas o cerrojos a pesar de que guardan muchos artículos de despensa. En fin, es un sitio que despierta poco interés y preocupación, pues es una zona que es utilizada casi exclusivamente por los hermanos y los trabajadores. Sin embargo, a veces algunos internos acceden a este sitio para fumarse los cigarrillos que han sido permitidos en el día, como el caso de Emilio y Silvia, otros de mis informantes.

La enfermería

La enfermería son dos cuartos medianos de alrededor de 25 metros cuadrados cada uno; en el primero se encuentra un escritorio en el que se hay una computadora sencilla pero aparentemente eficiente, algunos archivos, un porta lápices y alrededor de seis sobres con los nombres y las pastillas de algunos residentes. Del mobiliario podemos encontrar: escritorios, estantes de metal y de plástico, camillas, sofá, sillón, nebulizadores, báscula, lámparas, banquillos de acero inoxidable; en artículos de curación hay algodón, gasas, alcohol, agua oxigenada y yodo; de instrumentos tenemos bisturís, tijeras, agujas; de medicamentos, aspirinas, paracetamoles, ambroxol, sueros, Iboprufero, etc. De los fármacos prescritos para los diabéticos: Metmorfina, Glibencamida; para presión alta: Nifedipina, Enalapril, Captopril, Amoldipino; para Esquizofrenia: Olanzapina, Valproato de magnesio, Levomepromazina, Fenitoína sódica, y Parkinson: Biperideno, Levodopa y Carbidopa.

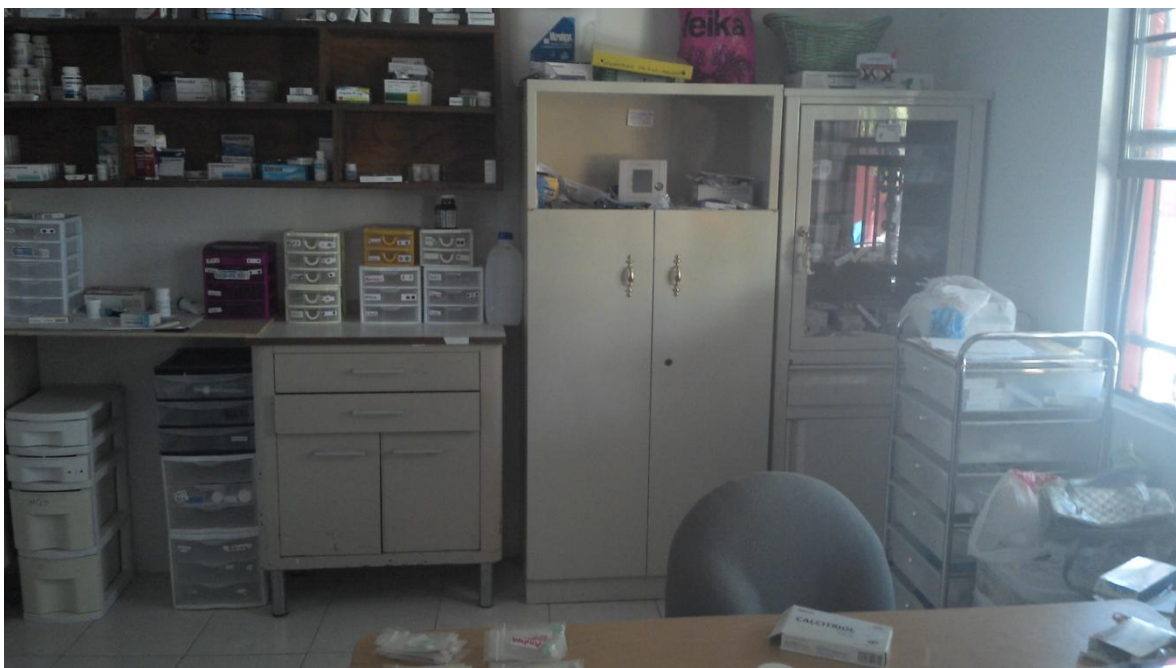


Foto 9. Farmacia

Este espacio permanece casi siempre vacío y por ende, ordenado. Sólo el cuidador que también hace estudios de enfermería y la cuidadora encargada de esta área son los que suelen estar dentro de este lugar; cuando el médico es llamado a venir, también hace consultas en este sitio, pero esto es muy raro que suceda, salvo alguna emergencia o que los trabajadores hayan solicitado su presencia, pues también el médico los revisa a ellos.

En la segunda habitación se encuentran las 4 camillas. La mayor parte del tiempo permanecen aseadas y junto a éstas se encuentran nebulizadores o electrocardiogramas que están siempre apagados. Esta zona suele ser una de las menos ocupadas. Los momentos en donde se utilizan las camillas por ejemplo, son cuando son necesarias las curaciones por llagas o la aplicación de algún medicamento vía inyección. A pesar de que todos los medicamentos permanecen en este sitio, Yadira y José, son los encargados de suministrarlas por interno y directamente a la hora en que están prescritos, ya sea en sus habitaciones o en el lugar en donde se encuentren en ese momento.

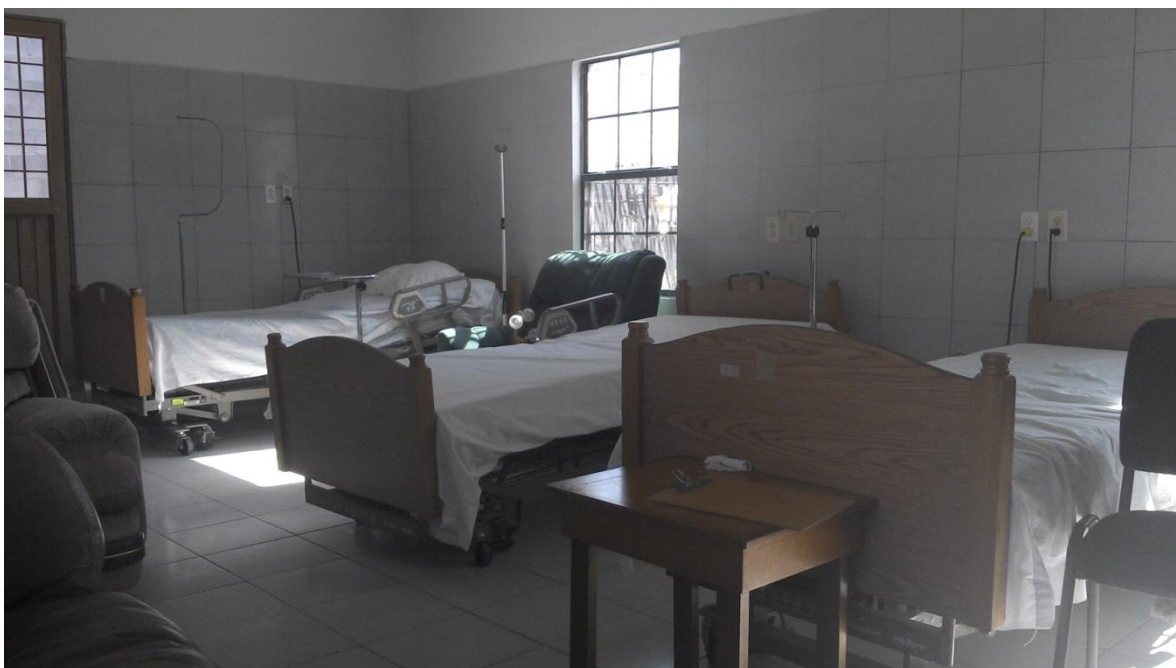


Foto 10. Camillas para pacientes

Sólo me tocó presenciar dos curaciones, la de Toña y la “Buela”. La primera llegó a esta área por una amplia llaga de alrededor 4 centímetros de longitud y medio centímetro de profundidad; la curación consistió en limpiar el área afectada además de colocarle *JabonZote*, ya que las cuidadoras mencionan es bueno para la cicatrización. Aunque el procedimiento fue eficiente, Toña permaneció la mayor parte del tiempo con la bata que le vestía, levantada hasta la cadera ante la presencia de cuidadoras y cuidadores hombres. Aunque Toña parecía no molestarse de la situación, para mí resultó incomodo, pues no se buscaba ni proteger la intimidad de la interna, ni acelerar el procedimiento para que pronto pudiera volver a cubrirse. En el caso de “Buela”, fue considerablemente distinto, pues la afinidad que los cuidadores sienten por ella, hizo que la curación gozara de mucha más eficiencia y saliera relativamente rápido de la enfermería.

Si bien la enfermería está relativamente bien equipada, la realidad es que la supervisión acerca de la medicalización sobre todo, y de algunos aspectos técnicos de la curación, están sujetos al libre juicio de los cuidadores quienes a pesar de tener algún nivel de instrucción y experiencia en este tipo de actividades, no cuentan con la capacitación ni supervisión de algún médico.

La oficina

La oficina tiene un par de escritorios, el primero con artículos como plumas, lápices, grapadora, clips y algunos marcadores; hojas en blanco, hojas membretadas del asilo, un talón de recetas médicas, copias de documentos oficiales de los asilados, algunos recibos de servicios y legajos con documentación diversa. Debajo, un cesto para basura metálico y tres sillas desacomodadas alrededor. El segundo escritorio tiene una computadora de escritorio y la impresora; también tiene encima algunos productos de oficina y algunas hojas regadas entre uno y otro aparato. En la esquina del escritorio se encuentra el regulador de ambas máquinas el cual permanece apagado cuando no se utiliza la PC. La oficina tiene una especie de repisa en la que se observan algunas fotografías de los pastores, sus familiares, pero también de algunos asilados. Sobre otro mueble de madera, también reposan tanto fotografías como figuras de cerámica con la forma de ancianos, un pequeño abanico portátil, algunos lápices y plumas y paquetes de hojas de máquina. Al costado de la habitación se encuentra un sofá tubular con algunos legajos y archivos y un calendario de cartón de huevo en donde se señalan las fechas en que le toca a cada uno de los asilados la cita para la *Supervivencia*²⁴; también hay una caja de archivo con algunos documentos. Frente al sillón, se encuentra un archivero metálico que contiene los documentos oficiales de los asilados; tanto actas de nacimiento y copia de credenciales de elector, como el pequeño contrato en que se autoriza la entrada y algunas recomendaciones y requisitos de permanencia en el asilo. En algunos casos se anexan estudios médicos o cartas de instituciones en donde fueron asilados anteriormente, casi siempre del DIF o de instituciones mentales como la clínica 22 o la Buenos Aires.

²⁴ Las citas periódicas que solicita el IMSS para corroborar que la persona que recibe pensión sigue con vida.

Los vehículos

En el terreno del equipamiento para servicios de traslado, el asilo cuenta con una ambulancia particular que permaneció estacionada casi la totalidad del tiempo que pasé en campo y solamente en dos ocasiones fue utilizada: cuando Chayo sufrió una caída y fue llevada a una clínica en Monterrey de urgencia y la ocasión en que Elvira debido a una discusión con otras ancianas cayó al suelo de la sala de estar provocándole una fisura en la cadera.

Otros vehículos con los que cuenta el asilo son de carácter particular y no cuentan con ninguna insignia o señalamiento que los haga distinguirse como de uso para personas de la tercera edad. Tres camionetas tipo van, una cherokee además de la camioneta del pastor. Estos automóviles eran utilizados para trasladar a los internos a consultas o a la Supervivencia; en algunas ocasiones también servían para llevar a los ancianos a un punto de encuentro con los familiares para que ahí fueran recogidos, por ejemplo, en el entronque a la carretera Cerralvo. Las camionetas también eran utilizadas para traer despensa. El uso particular de los vehículos estaba prohibido, no obstante a veces el pastor concedía utilizar alguna camioneta a José, el cuidador que realiza estudios de enfermería en Cadereyta, municipio a unos 40 minutos de Los Ramones.

2.5 La oferta de cuidados y atención en el asilo

Las tareas de cuidado que se proveen a los internos son establecidos sistemáticamente y pocas veces exigen o se permiten modificaciones para personalizarlos. Los cuidados dentro del asilo se dividen en Alimentación e Higiene, principalmente; secundariamente los asilados reciben atención de enfermería, dependiendo del padecimiento o enfermedad que padezcan; y recreación, aunque depende de la disposición e interés de los cuidadores.

Cada uno de estos cuidados incluyen una serie de actividades que se desempeñan, algunas con estricto ahínco pero otras están más sujetas al escrutinio de los trabajadores o los mandatos de los propietarios. El primer grupo

de cuidados es el más reglamentado, pues está establecido a partir de horas concretas para llevarse a cabo a lo largo del día, además de tener un menú de alimentos repetitivo.

Tabla 2. Actividades cotidianas de cuidado

Cuidados	Alimentación	Higiene	Enfermería	Recreación
1er Grupo	<ul style="list-style-type: none"> • 8:00 AM Desayuno: Entre semana: Avena, Atole, Atole de Maicena, Café (quienes no sufren de presión alta), Gorditas de azúcar (quienes no sufren de diabetes) Tacos de Huevo con tomate, Galletas Populares. Fin de semana: Tacos de huevo en tortilla de harina, Sándwiches de jamón y queso, Cereal con leche. • 12:00 PM Comida: Entre semana: Caldo de pollo, Consomé, pollo en tomate y verduras, Arroz con tomate, Pollo con papas, Picadillo, Cortadillo de res con papas, Sopa aguada de pasta, Puré de papa, Sobres de Tang. Fin de semana: Hamburguesas con papas, Hot Dogs, Pozole, Refresco de Cola (quienes pueden beberlo). • 16:00 PM Cena: Entre semana: Tacos de huevo con frijoles, Gorditas de Azúcar con café Fin de semana: Sándwiches. • Cumpleaños o visitas especiales: Pastel de cumpleaños, pays, galletas variadas, Refresco de Cola u otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7:00 AM: Revisar a los internos, limpiarlos (si se orinaron o mancharon de excremento), bañarlos y ponerles pañal (a los que requieren), vestirlos, prepararlos para que salgan al patio y luego a desayunar. • 15:00 PM: Bañar a los internos que no fueron bañados en la mañana (la mayoría) y vestirlos. 		

2do Grupo			<ul style="list-style-type: none"> • 7:00 AM: Limpiar y curar heridas y llagas. Suministrar medicamentos. • 14:00 PM: Limpiar y curar heridas y llagas. Suministrar medicamentos. Inyectar antibióticos a quienes así lo requieran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el día: De parte de los cuidadores: Hablar/responder preguntas a algunos internos. Platicar con algunos ancianos pero sobre todo ancianas. Ver televisión. Casi nunca utilizar la sala de terapias. • Después de la hora de comer (17:00PM): Ver televisión (sólo Don Alberto y Emilio y hasta hace poco Sergio²⁵ quienes tienen el permiso de quedarse a ver televisión y no estar encerrados en sus habitaciones.
-----------	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia con base a observación

Aproximadamente el 10% de los asilados requiere cuidados extras además de los ya descritos en la tabla 4. Desde el rubro de la alimentación, los internos necesitan ser alimentados directamente en la boca o se les cure de llagas y otras heridas provocadas por la falta de oxigenación en la piel con mayor frecuencia que a otros, también es el caso de la interna a la que se le tienen que realizar diálisis. Asimismo, son otros los internos que requieren atención médica debido a los accidentes que sufren por caídas consecuencia de la poca precaución que tienen al caminar, ataques de epilepsia o desencuentros entre internos que llevan al contacto físico.

²⁵ A Emilio se le permitió quedarse después de las 5 de la tarde, que es la hora en que todos los internos se meten a dormir debido a la mejora de su comportamiento, pues gracias a la llegada de Silvia, la interna que tuvo que utilizar su habitación, él fue trasladado a los cuartos compartidos, lo que fue notablemente percibido como mejora respecto a la situación de encierro que tenía. Aunque la medicalización de Sergio es fuerte, el último mes se le permitió esta permisión.

Este capítulo tuvo la intención de mostrar la descripción del espacio físico y material del asilo incorporando una discusión en torno a las implicaciones sociológicas e institucionales del mismo, es decir, apuntó a detalle, hacia la caracterización y el análisis de la forma en que confluyeron un tipo de institución total o cerrada de contexto rural, la dinámica colectiva de la misma y su papel en la CSVE en estos ancianos. Este espacio resultó poseer entornos que posibilitan actividades sistemáticas, monopolizadoras y disciplinares que mermaron el libre tránsito y autonomía, así como también restringieron considerablemente otra forma de vida asilar. Asimismo, se ilustró el papel que ocupan estos espacios en el cuidado y atención a los ancianos, tratando de invitar a una lectura más crítica de lo que puede significar para un individuo con poca capacidad de decisión, estar en constante control y enclaustramiento. Desde una mirada meramente terapéutica, este tipo de lugares invitan a cuestionar el marco de derechos de las personas envejecidas en situación de asilo, así como la viabilidad de este tipo de oferta para el futuro.

Capítulo 3

La vida asilar

Introducción

En este capítulo, presentaré la dimensión cotidiana de la vida asilar a partir del contenido empírico de un día típico y analizaré los efectos que las experiencias de vida habituales tienen en la construcción social de la vejez, fundamentalmente desde el construccionismo social y el interaccionismo simbólico. Asimismo, en este apartado se hablará del tipo de ancianas y ancianos a los que nos referimos en el estudio, es decir, a su caracterización, y se detallará lo que podemos llamar “el perfil de ingreso y permanencia”, que implica tanto la situación del entorno inmediato del sujeto previo al internamiento como otras cuestiones de larga data en su vida. Además se le dará un tratamiento especial a la situación clínica del sujeto, por lo que el tema de la enfermedad será clave para comprender globalmente la situación actual del sujeto y la forma en que éste llega a intervenir interpretativamente tanto en el tema propiamente de la enfermedad como su relación con la vejez. En este sentido es que encontré pertinente integrar la reflexión Goffmaniana sobre las etapas del paciente como un proceso decidido a redefinir el papel social y la toma de decisiones individual en un sujeto ahora portador de una etiqueta de enfermedad.

Este capítulo también tiene el objetivo de describir a los actores involucrados en la vida institucional a partir de las características más relevantes en relación al asilamiento, es decir, los residentes y secundariamente a los cuidadores; en algunas ocasiones se hará referencia a los familiares²⁶.

²⁶ Secundarizar a los cuidadores es más una decisión metodológica que empírica, pues aunque me interesa rescatar la experiencia de vejez en la interacción cotidiana de un día típico en el asilo y necesariamente se contemplan otros actores, la mirada siempre estará centrada en los ancianos y ancianas. Sin duda el trabajo que desempeñan las cuidadoras y cuidadores es relevante para este estudio y la información y relación recabada con ellos fue interesante, sin embargo se realizan menos referencias con estos sujetos.

Posteriormente, indagaré con mayor profundidad a través de las prácticas formales de cuidado y otras actividades informales de interacción, las experiencias y significados en torno al encierro desde la posición que ocupan cada uno de éstos en la dinámica asilar. El eje descriptivo estará referido a los eventos más paradigmáticos de la vida asilar que movilizaron y ejercieron mayor impacto en los actores y su rutina diaria, como las enfermedades y su atención, accidentes, disputas y otros.

Metodológicamente, este capítulo incorporará de manera importante la presencia de todos los actores involucrados en la institución incluida la mía propia, a fin de describir y analizar lo que en un día típico se puede visualizar del posicionamiento de todos los actores en circulación, tanto en relación con sus actividades cotidianas de trabajo como en planos más flexibles como el de las relaciones interpersonales.

3.1 Caracterización de actores

¿Qué tipo de adultos mayores están en el asilo?

Las características de los ancianos asilados varían considerablemente. Este ejercicio no tiene la finalidad de caracterizar a profundidad a cada uno de los internos, pues además de no haber sido planeado metodológicamente, tampoco era un objetivo fundamental del trabajo. El rastreo de la transición de la experiencia de vejez tuvo la intención de enfocarse en los actores que fungieron como informantes. No obstante, la reflexión posterior al trabajo de campo hizo necesario abordar al menos las características más distintivas de los ancianos asilados entre los cuales también están necesariamente los casos concretos de investigación.

Fue necesario vislumbrar algunos aspectos de la totalidad del grupo para comprender no sólo los casos específicos que trabajé, también el tema de vejez y enfermedad en su conjunto, pues fue a partir de la visualización del contexto al que se adscriben los sujetos asilados y algunos breves apuntes de la trayectoria

individual, que se van explicando aspectos muy puntuales pero también muy generales de la vejez que en este caso se despliegan en el espacio asilar.

De ida y vuelta, la dinámica asilar y lo que los actores insertos en una sociedad específica van viviendo, construyendo y pensando sobre su propia vejez y enfermedades ahora en un contexto de reclusión, se expresan regularidades y rupturas, pero en todo caso, en racionalidades de acuerdo al lugar en donde se encuentran.

No necesitamos detallar que “verificación empírica” y “ciencia” no se entienden aquí en el sentido de cánones científicos modernos, sino más bien en el de conocimientos confirmados por la experiencia y que en lo sucesivo pueden organizarse sistemáticamente como un cuerpo de conocimiento (Berger y Luckmann, 2003: 88).

Es decir, tanto la experiencia individual de los sujetos, el contexto social al que pertenecen y el lugar en el espacio y tiempo que les toca experimentar este proceso, fungen como los elementos constitutivos de las nociones de vejez y enfermedad. En este plano, es imposible construir un análisis sin considerar la experiencia vivida de los ancianos y ancianas en el asilo, pero tampoco es suficiente hacerlo sin, por lo menos, apuntar hacia algunas características particulares de sí mismos y del ámbito sociocultural al cual pertenecen.

Así, el asilo tiene un papel definitorio, al ser el espacio en el cual convergen individuos que tienen una experiencia particular de envejecimiento biológico y de enfermedad a los que socialmente se les adjudican ciertas características y un particular devenir, pero que también se diferencian unos y otros de acuerdo al su trayectoria personal.

De esta manera el asilo no sólo es un espacio físico y el lugar particular en donde convergen cierta clase de sujetos también es una entidad sociocultural en sí misma que moldea y da sentido a la vida cotidiana de las ancianas y ancianos.

Edades

La edad, sobre todo, es uno de los marcadores en los que más diferenciación encontramos entre los residentes, siendo uno de los pocas instituciones asilares que tiene entre sus internos personas menores de 60 años.

La institución alberga 49 internos; 26 mujeres y 23 hombres cuyas edades oscilan entre los 54 y 93 años. Para el caso de las mujeres, la mayor proporción de edades se ubica entre los 80 a 90 años; para el caso de los hombres, de los 70 a 80. En las mujeres encontramos mayores casos en los que rebasan los 90 años.

Tabla 3. Edades de internos

Edades	Mujeres	Hombres
50-60	2	3
61-70	6	6
71-80	9	9
81-90	8	4
Más de 90	1	1

Fuente: Elaboración propia con base a información de archivos

Lugares de procedencia

Los asilados proceden en más del 60% al municipio de Los Ramones. No obstante, encontramos internos que proceden de municipios rurales aledaños como Sabinas Hidalgo, Cerralvo, Cadereyta y de la llamada zona citrícola, como Santiago. El asilo también alberga ancianos de municipios más metropolitanos como Guadalupe y hasta Monterrey. Pese a que no todos los internos son originarios de Los Ramones, casi el 90% se encuentran credencializados como habitantes del municipio debido a la facilitación de consultas en los centros de salud, traslados para consultas médicas privadas y revisión de *Supervivencia* en las Unidades Médicas de Salud más cercanas, en este caso, las ubicadas en

Cerralvo o Cadereyta, puesto que en Los Ramones no existe ninguna Unidad Médica de Salud.

Relaciones Familiares y Dimensión de género

La situación de los asilados respecto a sus relaciones y lazos familiares no es muy diferente entre unos y otros, en realidad, la situación es bastante similar. Las variaciones más importantes se ajustan a dos razones principalmente: por género y por lugar de residencia de los familiares.

Desde el punto de vista de género, las mujeres mantienen más contacto con sus familiares más cercanos y son visitadas con mayor frecuencia; los hombres por el contrario, son menos visitados y reciben considerablemente menos llamadas.

Algunas explicaciones de la poca cantidad de visitas que me dieron tanto los pastores como en algunas ocasiones de los trabajadores y en muy poca medida de los propios internos, tenía que ver al comportamiento que tuvieron como padres a lo largo de su vida, es decir, muchos de estos varones asilados tuvieron algunos problemas dentro del hogar cuando todavía podían valerse por sí mismos: violencia doméstica, infidelidad, poco contacto, preocupación o atención percibida por parte de los hijos, abandono de hogar, alcoholismo, problemas económicos etc., fungieron como elementos importantes en la reclusión de estos hombres en una institución asilar por un lado, y por otro, promovieron la poca cantidad de visitas y luego, en algunos casos, el abandono total por parte de hijos y parientes. No obstante, la modificación del papel social que desempeñaban estos hombres, ahora minado de manera importante por las enfermedades y el retiro indefinido, invita a reflexionar sobre el papel social que ocupan los varones una vez imposibilitados para realizar actividades productivas.

La interrupción del papel productivo masculino es evaluada mucho más negativamente que la interrupción del rol reproductivo²⁷ femenino. La totalidad de

²⁷ Estas acepciones las tomo de la discusión de Amaia Pérez (2004) y Teresa Rendón (2003), economistas feministas. La primera en torno a la deconstrucción del paradigma androcéntrico y el objeto de estudio de la

los ancianos pueden o no asumir una devaluación importante de sí mismos si han terminado toda relación laboral con el mundo exterior, pero para quienes se encuentran fuera y sostienen un lazo familiar con ellos, esta situación también resulta importante, pues es un rol con el que relacionan la capacidad de sostener económicamente a una familia. Cuando este papel finaliza definitivamente y la historia familiar resultó compleja en la percepción de la familia, las probabilidades de que las visitas sean muy pocas o nulas, se acrecientan, así como el abandono indefinido.

Respecto al efecto que tiene la interrupción del papel reproductivo y de cuidados en las ancianas y su relación con el internamiento, es rol de género resulta un poco menos relevante que en el caso de los hombres. Se podía observar cómo podían insertarse con mayor soltura y resignación a la etapa de vejez en el asilo, puesto que gran parte de su vida realizaron actividades relacionadas al hogar y de alguna manera la exigencia para ellas siempre estuvo dirigida a la atención de sus hijos, situación en cierta manera meta consumada. Aunque el contacto con sus hijos se haya visto disminuido con el asilamiento, la idea de haber satisfecho esta encomienda circula constantemente en sus narrativas; incluso en aquellas que están impedidas por problemas mentales, se aseguraba haber cumplido con creces estas tareas y lo mismo con sus maridos. En ningún caso existía un comentario negativo o una experiencia familiar o afectiva relacionada con la maternidad que hubiesen lamentado, ni su actuación era concebida como un elemento importante en la decisión que sus hijos e hijas tomaron para tenerla en el asilo. El papel que desempeñan las mujeres en los hogares, aunque no valorado monetariamente y pocas veces socialmente, resulta beneficioso al menos como factor de la mayor cantidad de visitas que reciben en relación a los varones.

Economía en el cual se critica la exclusividad del análisis en los mercados y la omisión del trabajo doméstico en los hogares; y la segunda de la caracterización de la forma en que han sido organizados los espacios económicos para mujeres y para hombres y cómo siguen subsistiendo en el tiempo de acuerdo a la forma en que se han dado las condiciones del trabajo doméstico y extra doméstico en México en el siglo XX.

Del lugar de residencia de familiares y las visitas

Además de la dimensión de género, un aspecto importante para comprender el estatus familiar de los ancianos, es la distancia entre la residencia de los familiares y la ubicación del asilo. Más del 95% de los familiares no viven en el municipio, de los cuales un 30% viven en municipios del área Metropolitana de Monterrey y hasta un 20% viven en los Estados Unidos.

Los familiares de los internos no visitan con frecuencia a sus asilados. De los tres meses que estuve de trabajo de campo, además de los que los pastores, trabajadores y los propios internos me dieron como referencia acerca de las visitas que les realizaban, tenían la característica de ser no sólo poco frecuentes, también el tiempo de duración de las mismas era mínimo. Las visitas, en promedio duraban no más de 40 minutos y se hacían aproximadamente cada mes o cada dos meses. A algunos no se les llegó a visitar en todo el tiempo que estuve en el asilo, y por anotaciones de los pastores y trabajadores, algunos no habían sido visitados en más de tres meses o desde el momento en que llegaron a la institución²⁸.

Nivel socioeconómico de los residentes

Según la clasificación que ACARE, el asilo Sinaí pertenece se ubica dentro del estrato socioeconómico bajo dentro de la red, pero sólo quizá por la ausencia de recursos con el que éste cuenta. En realidad, la procedencia de los internos y su estatus socioeconómico previo al internamiento no pueden ser ubicados dentro de este grupo.

Algunos de los ancianos y ancianas tuvieron una vida prolija desde el plano profesional y económico: una profesión como ingenieros o maestras, un buen trabajo en empresas importantes y salarios considerables, asimismo tenían un estilo de vida que les permitía disfrutar de los frutos de su trabajo. Muchos tenían

²⁸ A excepción de aquellos ancianos y ancianas que por condiciones de enfermedad mental, han transitado toda su vida o gran parte de ésta en instituciones para enfermos mentales u otras dependencias de gobierno.

casas en ranchos, automóviles y toda serie de ingresos materializados en propiedades. No obstante, esta situación llegada a un momento de la vida de los sujetos llega a borrarse o diluirse. No importa el rol social y el estatus económico que los ancianos y ancianas tuvieron en el pasado, la condición asilar los despoja de todo beneficio que pudieron haber construido en su vida anterior al internamiento.

El asilamiento les tiene impedidos para tomar decisiones sobre sus recursos en el exterior, aunque es probable que también fuera así desde que comenzaron un deterioro considerable en sus mentes y cuerpos; los familiares son los que en entero deciden por ellos sobre su devenir y sus recursos.

En el asilo, no existen preferencias ni trato especial por internos que tuvieron o tienen mejor condición económica, o al menos que los hijos de éstos la tengan. Sólo en el caso de Virginia, quien tuvo en comparación con los otros residentes una vida distintiva al haberse desarrollado en el mundo de la política como mujer, en un contexto y tiempo aún limitados para que las mujeres participaran. Este pasado no sólo le permitió distinguirse socialmente en su municipio de origen, también promovió la realización de una vida acomodada que en el asilo, se tradujo en la selección del único cuarto individual y algunos otros pequeños beneficios, como aire acondicionado y televisión.

Tiempo de estar en el asilo

El tiempo que los adultos mayores han estado en el asilo es bastante variable. Hay personas que tienen menos de un año y hasta un par de meses desde el momento en que llegué al asilo; otros superan el año y tienen 2 a 5 y hasta más de 5. La persona que más años tiene en la institución es Andrea, supera los 8 años de internamiento y llegó a los 52 años. La persona que tiene menos años es Silvia, quien tenía poco más de un mes hasta el mes de diciembre, momento en que me fui del asilo.

Tabla 4. Informantes por edad y tiempo de estar en el asilo

Informantes	Edad	Tiempo en el asilo
Emilio	55	1.2 años
Silvia	56	1 mes
Alberto	55	5 años
Virginia	76	3 años
Rosa	67	1 año

Fuente: Elaboración propia con base a archivos del asilo

3.2 Diagnóstico clínico y carrera moral

Uno de las características más importantes de los residentes en el asilo es el estatus de pacientes que tienen a raíz del padecimiento de alguna enfermedad. Las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión, las demencias y enfermedades mentales entre otras, son un marcador fundamental como sujetos envejecidos, en la posición que ocupan dentro del asilo como la situación anterior al ingreso, pues suele ser el motivo por el cual la mayoría ingresó a la institución. Las familias de los asilados, asumen y justifican con suficientes motivos o no con los necesarios, la incapacidad para cuidar y mantener económicamente a sus familiares con el diagnóstico que presentan.

Las definiciones clásicas de la sociología de la salud, señalan que las enfermedades crónicas son por su naturaleza a largo plazo, requieren importantes cuidados del paciente y de su entorno, tienden a su multiplicación, son intrusivas de la vida de los pacientes, demandan servicios auxiliares y presentan elevados costos de tratamiento (Strauss et al 1984, citado en Pecheny et al, s.f. : 8).

Son varios los autores que han abordado las implicaciones psicosociales de los diagnósticos clínicos en pacientes que padecen enfermedades crónicas. No obstante, una aproximación analítica que diferencia la experiencia de acuerdo a la enfermedad en la evolución, la sintomatología y la terapéutica es el trabajo desarrollado por Pecheny, Manzelli y Jones (2002). Los autores puntualizan que,

aunque hay una trayectoria similar en los enfermos crónicos, existen elementos compartidos y otros ampliamente divergentes en torno al padecimiento. Si bien las enfermedades que abordó su estudio fueron la hepatitis C y el VIH/Sida, el contexto del diagnóstico necesariamente evoca a la identificación, la certificación y normalización en el marco de la posible cura y la muerte.

Así, convivir con determinada enfermedad por mucho tiempo, es un asunto que pocas veces se tiene tanto propuesto como deseado, pues las limitaciones en la mejora de la condición de salud de los pacientes en ocasiones es bastante desalentadora o hasta imposible, aunque una vez que los sujetos la inscriben en el marco de la vida cotidiana y se llegan a *normalizar*²⁹ varias esferas de la vida debido a la paulatina integración a actividades de la vida laboral o familiar, la experiencia de vida puede llegar a ser positiva y reconfortante. No obstante, los pacientes que son internados o sufren un proceso de reclusión, experimentan una modificación total de su vida cotidiana, incluidos todos aquellos apoyos sociales y afectivos que pudieron haber construido a partir del diagnóstico, lo que dificulta cualquier experiencia de normalización. El caso de Rebeca, ejemplifica esta situación.

Rebeca es una mujer de 71 años con ceguera con la que vive desde la infancia, además está bajo tratamiento de ansiolíticos pues padece un tipo de senilidad y retraso mental desde hace algunos años. Estas enfermedades se conjugan y la hacen gritar la mayoría del tiempo. Lanza gritos desesperados preguntando por “José”, el enfermero, pero también se les escuchan algunas frases relativas a la vida que tuvo en la infancia o adolescencia, pues la mayor parte del tiempo grita solicitando la presencia de su madre o su padre o si ya mataron los pollos para que comieran eso. Esta situación hace que las demás ancianas se alteren y molesten, pues casi la mayor parte del día Rebeca está en este estado. Cuando pregunté a los trabajadores sobre la situación familiar de Rebeca, ellos me dijeron que nunca se casó, que fue soltera toda su vida y que son los sobrinos que viven

²⁹ El concepto de normalización alude a todos los esfuerzos y mecanismos mediante los cuales los familiares construyen un estilo de vida “normal” para el enfermo (Strauss y Glaser, 1975 citado en Pecheny *et al s.f.*).

en Estados Unidos los que mandan recursos para sostenerse en el asilo. Aunque los cuidadores no me mencionaron otras razones más allá del estatus migratorio de los familiares, me pregunté de qué manera una persona con las características de Rebeca puede vivir en un hogar, sin “perturbar” la dinámica cotidiana del hogar, no sólo por lo que implica cuidar a una persona envejecida con padecimientos propios de una edad avanzada, también el de sobrellevar los delirios y exabruptos mentales. Aparentemente, las relaciones familiares de Rebeca no tienen los medios ni profesionales, ni materiales o emocionales para tenerla en el hogar pero, ¿quiénes sí? Y, ¿en qué otros espacios se encuentran estas personas y cómo viven sus enfermedades?

La experiencia de Rebeca me hizo reflexionar sobre las dimensiones de mejora en un contexto de internamiento, pero también las características con las cuales podríamos medir la normalización en el hogar de los ancianos y ancianas. Coincido en que el asilo es un espacio de ruptura y desarraigo de lazos sociales importantes, que sin duda trasciende más de manera más negativa que positiva, no obstante, creo que la experiencia de vida en el hogar frente a ciertos padecimientos crónicos, tampoco puede ser bastante ventajosa, como en el caso de Rebeca, pero también el de otros ancianos internados como Juana³⁰, quien al no tener ninguna red familiar disponible, llegó a vagar por días y a alimentarse mal, lo que sin duda empeoró su estado de salud, aunque no tiene un grado de ancianidad tan avanzado como otros residentes.

El diagnóstico clínico, además de ser un requisito indispensable del conocimiento de los pastores en el asilo, también es un elemento eficaz en el control y la imposición de disciplina en las prácticas cotidianas de cuidado, pues los ancianos al estar física y mentalmente disminuidos, se ajustan inevitablemente a los esquemas de cuidado adecuados para ellos cuyos ejes son los movimientos limitados y estar la mayor parte del tiempo en silencio. Muchas de estas posturas son observables cotidianamente en el asilo, no obstante, los medicamentos

³⁰ Juana es una interna que padece retraso mental, sordera e insuficiencia renal originaria de Los Ramones. Su caso será revisado más adelante en este capítulo.

también inhiben las expresiones más mínimas de satisfacción, alegría o individualidad. Además, este diagnóstico indica los tratamientos farmacológicos que deben ser prescritos para cada paciente.

La calidad clínica con la cual se lleva a cabo el tratamiento médico, es bastante deficiente. Los encargados de esta encomienda no tienen los conocimientos suficientes para la prescripción y control de medicamentos, y por lo observado en la dinámica cotidiana, tampoco están capacitados para sobrellevar episodios problemáticos como ataques epilépticos, eventos psicóticos o delirios.

El tratamiento que los internos reciben se proporciona de acuerdo al diagnóstico con el cual ingresaron al asilo. Este diagnóstico se encuentra en un formato informal que el asilo cuenta como medio por el cual los familiares confirman, firmando la forma, que su anciano o anciana padece dicha enfermedad. En esta serie de papeles que conforman la carpeta del residente, no observé expedientes clínicos completos, salvo algunos documentos del IMSS y algunas recetas de médicos particulares. Sin embargo, el seguimiento, la modificación de las dosis y en general el control de la enfermedad ya sea por medio de fármacos o no, es nula.

El asilo no cuenta con médico de cabecera que certifique la continuidad o la interrupción de los tratamientos, ni que recomiende alguna otra alternativa que permita, en algunos casos como el de Emilio, mejorar su condición de salud y ése pudiera ser un motivo por el cual los familiares reflexionaran sobre la pertinencia del encierro del anciano y lograra salir.

Para comprender cómo se va adheriendo el diagnóstico médico en lo que los sujetos llegan a ser y percibir de sí mismos en el asilo, cómo los tratan los demás con quienes conviven diariamente y cómo fue el diagnóstico construyéndose antes de estar en situación institucionalizada, es fundamental remitirnos a la carrera moral que tienen a razón de las implicaciones sociales y subjetivas que se normalizan en los padecimientos.

El concepto de carrera moral trabajado por Goffman (2001), consiste en una construcción ambivalente, que incluye tanto las disposiciones sociales, relaciones jurídicas y un estilo de vida atribuible a determinados sujetos por tener ciertas características físicas y patológicas que los disponen a las significaciones sociales de un grupo, pero también implica la imagen del yo y el sentimiento de identidad.

Que los sujetos experimenten una situación de encierro, permite trabajar el yo desde un enfoque institucional. El principal punto de partida del análisis de la carrera moral es conocer “la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona, y en sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a las demás” (Goffman, 2001: 133). El autor, explica la trayectoria que el sujeto experimenta como paciente, con un modelo dos etapas que estructuran y reestructuran el yo a razón del cambio que los individuos sufren de un escenario de libertades al de encierro.

1. La etapa del pre-paciente. En esta etapa, el sujeto y sus familiares comienzan a construir un consenso en torno a la decisión de depositar al sujeto a una situación institucional. Se asume que el comportamiento y otras vicisitudes de la vida cotidiana con éste, lo turban a sí mismo y a otros; ya es incapaz de no “perder la cabeza” o el control de sí mismo. Esta pérdida de capacidad, consiste en un uso de procesos referenciales con los que se intenta exponer que el sujeto ha fracasado como ser humano, que ya no tiene valor y que en consecuencia no merece respeto. Estas referencias mayormente se tratan de interpretaciones y estereotipos con base a convenciones sociales compartidas. Llegado el momento, el sujeto también acepta este nuevo código con el que se le cataloga, por lo que llega a aceptar como un alivio el aislamiento y el repliegue de su papel en la sociedad a la que pertenece.

En el caso de los ancianos, la sugerencia de acuerdo a las narrativas y la observación participante realizada en campo, es que la vida antes del asilo no era necesariamente la mejor experiencia de vida y el papel en el cual los

demás miembros de la familia y la sociedad les colocaban, no eran tan beneficiosos y adecuados, ni como viejos ni como personas con determinadas enfermedades. Muchas de las vivencias anteriores de los adultos mayores estaban enmarcadas en un desprendimiento generalizado de la vida social más inmediata. La pérdida de amistades, el empleo y la actitud reticente de familiares, los enconaron, hasta percibir su situación como indeseable para que funcionaran correctamente las relaciones sociales y la vida en general de los más jóvenes: “de los que se quedan y tienen toda una vida por delante”, dijo Emilio en alguna ocasión.

El sujeto se siente ajeno, enfermo e impedido; sin valor, sin motivos y a veces sin conciencia de lo que le puede estar sucediendo. Aunque en el caso del análisis de la situación de los pacientes que entran a una institución mental es el campo en el que Goffman estudia las implicaciones del yo en los sujetos, también para el caso de los adultos mayores se presentan cuadros similares de ingreso; por ejemplo, la imagen irreal que los familiares presentan en torno a la vida que pueden tener el asilo y que se valora positivamente en comparación con la que tienen en el exterior, y la promesa de que, debido al descanso y tratamiento que reciban dentro de la institución, eventualmente pudiera modificar positivamente su salud y logren salir.

Esta etapa es importante, pues es a partir de ella que el paciente orienta la percepción que tiene de sí y comienza a actuar en consecuencia. De hecho el papel definitorio de esta etapa en la vida de los individuos, hace que el anciano reduzca el encierro como una consecuencia racional de sus comportamientos en el pasado.

2. La etapa del paciente. En esta etapa, los efectos del rumbo de la vida anterior de los sujetos se consuma, “la certeza, justificada o no, de su abandono: ha quedado al margen de la sociedad y sus allegados le han vuelto la espalda” (Goffman, 2001:150). Los internos primero toman una actitud reticente y reacia a su nueva condición; no hablan y buscan el

menor contacto e interacción posible. Pero estas actitudes se difuminan y luego de un tiempo de permanecer en la esfera de la ausencia y el anonimato son intercambiadas por la apertura y la interacción social.

Cuando una persona ha llegado a una etapa dada de su carera, construye típicamente una imagen del curso de su vida –pasado, presente y futuro–; y al hacerlo escoge, abstrae y distorsiona, a fin de obtener una versión de sí mismo que pueda exhibir ventajosamente en sus actuales circunstancias (Goffman, 2001:154).

El caso de Virginia es una muestra de esta adaptación dentro del espacio asilar. Cuando tenía poco tiempo de haber ingresado al asilo, su actitud se mantenía ajena a la convivencia con otros actores y a la obediencia de las solicitudes más elementales de las cuidadoras, por ejemplo bañarse y comer. Llegó a no bañarse en tres semanas y a no comer por dos días. Se mantenía constantemente en su habitación y no recibía visitas. Pasadas estas tres semanas, su actitud fue volviéndose más dócil y al cabo de pocos días ya formaba parte de las dinámicas cotidianas de cuidado a las que todos los ancianos y ancianas estaban envueltos.

Comenzó a comer en el comedor como todos y poco a poco empezó a salir de su cuarto y a sentarse frente a él en una mecedora que tenía frente a éste. También ya hablaba mucho más con otros internos, pero aunque esta situación cambió sustancialmente, seguía siendo selectiva con sus interacciones. No le hablaba a todo mundo y en más de una ocasión me dijo que no quería hacerlo. **VIRGINIA:** *No le puedo hablar a todos. Mira, ya ves esta Irmita, está mala. No me entiende ni yo la entiendo. Habla que se va a casar, que soy su madrina de boda, que cuándo le voy a decir a su novio que venga por ella y vemos lo del vestido. No puedo así hablar con todas.*

Virginia considerablemente tiene una condición mental en mucho mejor estado que el resto de las mujeres asiladas, además, su trayectoria laboral como maestra todavía le permite hilar conversaciones más precisas que otras mujeres. Así, aunque en general se ha adaptado con relativa consistencia al mundo de la vida

asilar, todavía mantiene ciertas preferencias de interacción, por lo que se mantiene cuidadosamente a cierto margen de distancia del grupo.

3.3 Estigma y situación de asilo

La enfermedad que tienen los residentes es una de las marcas que fuera y dentro del asilo funcionan para designar el lugar social al que pertenecen los individuos. Este marcador, se hace operativo como un estigma una vez que identificamos las características que comparten los asilados unos con otros como ancianos.

Para Goffman (2006), el estigma está asociado con todas aquellas características que inhabilitan a un individuo para su plena aceptación social. Estas características pueden ser signos corporales visibles como las deformidades del cuerpo; las actitudes de un individuo que se pueden adscribir a pasiones tiránicas o falta de voluntad; y finalmente las tribales, étnicas o de raza que los vuelven diferentes a los demás. Es necesario señalar que estas restricciones tienen su origen en la forma en que la sociedad establece los criterios mediante los cuales categoriza a aquellos quienes son normales o anormales. Si bien no todas las características negativas de los individuos son elementos detonantes de la exclusión, las que se conciben inapropiadas a los estereotipos sociales, sí están a la desacreditación social. De este modo, las particularidades de la persona, se vuelven contra ésta, ya que la identidad como otras condiciones estructurales, determinan en qué sitio debe colocarse. Aunque no todos estos elementos que son asignados a los sujetos son eminentemente desacreditadores, pues aunque indeseables, no trasgrede la idea de cómo deben de ser ciertas personas, muchos otros sí simbolizan un importante perjuicio en su vida cotidiana y en el valor que se asignan a sí mismos.

(...) de este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falta, o desventaja (2001: 12).

Para el caso que nos ocupa, la situación social en el que es colocado un individuo que ha ingresado a una institución de vigilancia, inmediatamente ocupa una posición desacreditante y por lo tanto, un estigma social le acompaña. Tanto las instituciones de orden psiquiátrico, como las cárceles y otro tipo de sanatorios van transmitiendo y socializando entre sus miembros ciertos atributos que debido al contacto prolongado con sujetos que comparten el mismo devenir, van unificando al individuo que ahí participa. De esta manera, el anciano o anciana, se va percatando que hay elementos compartidos de experiencia con otros internos en el asilo, pero también existen elementos que los distinguen unos de otros.

En varias ocasiones Virginia y Alberto me decían que se sentían fuera de lugar en el asilo; la primera no consideraba su estado de salud tan deteriorado y a su enfermedad como un obstáculo; por otra parte, Alberto afirmaba que todavía estaba bastante joven para estar en una institución de este tipo y que tarde o temprano iba a salir; de hecho, *salir*, para él era una cuestión personal más que de diagnóstico médico o decisión de sus familiares. “Al revisar su propia carrera moral, el individuo estigmatizado puede escoger y elaborar retrospectivamente las experiencias que le permiten explicar el origen de las creencias y las prácticas que ahora tiene con respecto a sus iguales y a los normales” (Goffman, 2006: 53).

Aunque ambas acepciones son en cierta medida verdaderas, pues Virginia parecía tener una actitud mucho más integrada a su propio mundo personal y no al de la convivencia en el asilo, y Alberto era bastante joven y todavía capaz físicamente de hacer cosas normales y cotidianas propias de un hombre de su edad, también tenían un cuadro de enfermedades y una trayectoria personal que se contraponía con la posibilidad real de salir del asilo. Tanto para los médicos quienes diagnosticaron las enfermedades y los condicionaron a una serie de medicamentos y recomendaciones, como los familiares, quienes con su consentimiento los ingresaron, no comulgan con la percepción del interno. El residente sigue pensando que tiene opción de salir y que estar comparativamente mejor a la del resto de los ancianos y ancianas, es una ventana de oportunidad para modificar su situación actual. No obstante, las pocas llamadas y visitas por

parte de los familiares y la actitud reticente que tienen cuando los llegan a visitar, no construyen una posible ruta de libertad.

De este modo, los ancianos y ancianas sufren un doble proceso de estigmatización que finalmente promueve ingreso y permanencia en el asilo. Por un lado, existe una condición física y mental que los imposibilita para reintegrarse al contexto familiar y social inmediato, pese a que sería necesario valorar esta situación con detenimiento por parte de un especialista clínico, aunque sea por rutina; y por el otro, es el mismo contexto social de pertenencia y las relaciones más cercanas construidas alrededor de éste, las que los colocan como seres incapaces de ser conducidos al ritmo de vida de quienes todavía tienen plenas funciones. “El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan” (Goffman, 2001: 27).

Así, los sujetos envejecidos y enfermos no tienen mucha opción o salida a su situación de internamiento, pues el consentimiento se da en un escenario desigual, entre un sujeto funcional y uno estigmatizado en donde finalmente el sujeto envejecido, pese a los deseos de estar en su casa se siente comprometido y merecedor del encierro.

3.4 Enfermedades, medicación y polifarmacia

Enfermedades de los internos

La totalidad de los asilados se encuentran bajo algún tratamiento debido a enfermedad crónica y/o mental. Las enfermedades más frecuentes están relacionadas al grupo de enfermedades mentales, pero hay un número significativo de casos con Hipertensión y Párkinson, además de la Osteoporosis, dos casos de Epilepsia y un caso de diabetes e insuficiencia renal. Las enfermedades más frecuentes en el asilo son las ubicadas dentro de las enfermedades mentales: nervios, depresión, trastorno mental orgánico debido a

traumatismo post accidente, anosmia³¹, trastorno de bipolaridad, alimentación o maniacodepresivo, hasta esquizofrenia crónica.

Tabla 5. Enfermedades de residentes

ENFERMEDADES	TOTAL DE ASILADOS QUE LAS PADECEN	INORMANTES QUE LAS PADECEN
Enfermedades del corazón: Hipertensión	12	1
Diabetes mellitus	2	0
Enfermedades cerebro vasculares: Embolia, Parkinson, Epilepsia	4	1
Enfermedades mentales y demenciales: Alzheimer, Esquizofrenia, Nervios, Depresión, Trastorno mental orgánico, anosmia, trastorno de bipolaridad, trastorno de alimentación (comedor compulsivo, anorexia o bulimia).	39	5
Insuficiencia renal	3	0
Osteoporosis	22	1

Fuente: Elaboración propia con base a archivos del asilo e información de cuidadores

Tabla 6. Enfermedades mentales y demenciales de residentes

ENFERMEDADES	TOTAL DE ASILADOS QUE LAS PADECEN	INORMANTES QUE LAS PADECEN
Demencias focales, difusas o tipo Alzheimer	23	0
Esquizofrenia	2	1
Nervios	1	0
Depresión	12	5
Anorexia y/o bulimia	1	1
Comedor compulsivo	1	1

³¹ La anosmia es la pérdida del sentido del olfato. En el caso de Alberto, residente quien la padece, fue parte de las secuelas traumáticas resultado del accidente automovilístico. <http://anosmia.info/>

Trastorno de bipolaridad	2	0
Trastorno mental orgánico	1	1
Anosmia	1	1

Fuente: Elaboración propia con base a archivos del asilo e información de cuidadores

Medicación

Los tratamientos médicos que se prescriben a los internos están en su totalidad orientados al suministro de fármacos. Aunque la prescripción médica de los medicamentos que se dan a los ancianos y ancianas en la institución están previamente establecidos mediante el expediente médico que los familiares llevan antes del internamiento, muchos de los tratamientos llegan a modificarse al paso del tiempo, ya sea porque los familiares no reabastecen los medicamentos requeridos o porque las dosis se modifican debido a cambios en el comportamiento de los ancianos y ancianas durante su estancia en el asilo; algo que resulta bastante común con ciertos internos que califican de “inquietos”, aunque esta actitud sólo tenga que ver con un ánimo mucho más expresivo que del resto de los internos o incluso esté directamente relacionado con los estándares de disciplina y despersonalización, tan útiles en una institución. “La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (Goffman, 2001: 27).

La modificación de las dosis está supervisada previamente tanto por el médico en el asilo como con los familiares, no obstante, muchas de las veces esta modificación de dosis o incorporación de medicamentos, sobre todo antidepresivos, ansiolíticos y otras pastillas de la familia de las benzocadeínas, se dan sin más para controlar los posibles episodios de exaltación, nerviosidad, angustia, desesperación y otras expresiones de desequilibrio que están relacionadas mucho más con la funcionalidad de la dinámica asilar que con el bienestar y mejora de la condición del anciano. Estas acciones si bien no fueron frecuentes, sí se presentaron para ciertos casos, al menos los más visibles. Los cuidadores, a través del apoyo clínico del enfermero del asilo, solicitaban el permiso del cambio de prescripción directamente a los pastores los cuales a su

vez informaban de la “dramática” situación en la que se encontraba su anciano o anciana, lo que no dejaba lugar de calificar de innecesario este aumento de dosis o nueva receta.

Un ejemplo de cómo un evento disruptivo, justifica los cambios de dosis fue el que experimenté el jueves 2 de Octubre con uno de mis informantes clave: Alberto.

Dalila, una de las cuidadoras y mano derecha de los hermanos cuando están ausentes, me comentó que la hermana Maruca me llamaba al interior de su casa. Me extrañó mucho y estuve preocupada por lo que me podría decirme. Hasta ese momento yo no sentía había faltado en malos comportamientos o había roto alguna regla. Yo creía había seguido al pie de la letra cada una de las convenciones y las observaciones que de inicio se me hicieron al momento de instalarme en el asilo. Ya en otras ocasiones había tenido encuentros con ella y hablábamos de cosas triviales relativas a su familia, ocasionalmente de los internos y mucho menos de los trabajadores, pero eran encuentros inscritos en un aparato de cordialidad y amabilidad que era necesario consolidar, por lo que cada mañana acudía a saludarlos y desearles buen día.

Sin embargo, en esta ocasión, me mandó llamar para comentarme que ya no hablara con Don Alberto, que se estaba alterando mucho y que estaba diciendo que el asilo no era lugar para él; que él debería estar afuera y hacer una vida. Que el asilo definitivamente no era un lugar para un hombre como él, comparándose, sobre todo, con la condición de notable deterioro de otros compañeros.

La hermana también me dijo que se estaba poniendo muy violento, que estaba más ansioso de lo normal. En ese momento me sorprendí mucho. Nunca pensé que mis, hasta ese momento tres encuentros, habían provocado tal revuelo en el ánimo y las nociones de experiencia asilar de Don Alberto. Le comenté a la hermana Maruca que mi tema de investigación era conocer aspectos relativos a la vejez antes y después del asilo y la enfermedad, y que en ese camino, los aspectos que recordaran de su vida anterior eran importantes de recuperar, no

obstante gran parte de la reflexión devenida de los cuestionamientos era dada por parte del mismo informante, es decir, que yo no dirigía, o no explícitamente, y definitivamente no proponía otro estado de cosas para el anciano, aunque sí un pensamiento que rotaba constantemente en mi cabeza. Conociendo la experiencia de accidente, enfermedad e incapacidad y hasta ese momento, mediana aceptación del interno sobre su condición y la justificación del tiempo ahí dentro, no pensé que lo que habíamos platicado iba a trascender tanto en la reflexión sobre su situación dentro del asilo como de la vida que espera tener una vez fuera, situación que ve bastante probable a diferencia de otros internos que definitivamente se circunscriben en un sentimiento de resignación. Este escenario me incomodó y aunque dejé claro que ya había terminado mi trabajo con él, sí le hice saber que mi objetivo no era ese y aunque el proceso de entrevista invariablemente iba a mover recuerdos, pensamientos y ansiedades en torno a la estancia en el asilo, esta situación no era la intención principal.

Por un lado, el caso de Don Alberto ejemplifica los ajustes primarios y secundarios que se dan en torno a los sujetos insertos en una dinámica de cooperación institucional. El ajuste primario, bajo las pautas institucionalizadas, coloca al individuo como un cooperador, normal, programado o construido; preparado para cumplir ciertas expectativas que dentro de la organización se esperan sucedan. El ajuste secundario, implica ciertos arreglos para alcanzar fines que no están dentro del marco de lo establecido, es decir que se separan un tanto del rol de interno que se le atribuye al individuo (Goffman, 2001). El primer ajuste lo encontramos cuando Don Alberto asume su condición de asilado, haciendo las mismas cosas que todos, formando parte de todo el cúmulo de reglas asilares que antes del estallido no provocaban mayor complicación para él; el ajuste secundario es visible cuando, debido a la posibilidad física y mental de éste en comparación con los demás compañeros, puede involucrarse en las tareas del asilo como si fuese cualquier otro trabajador.

Esta situación me hizo reflexionar lo operativo que resultan los esquemas disciplinares y de control total de actividades en las que los sujetos depositan no sólo confianza en el devenir total de sus vidas, también se las apropian de manera tal, que una pequeña pero notable ruptura en el esquema envolvente de eventos cotidianos, provoca alteraciones muy notables, que desde el punto de vista de la institución, deben ser evitables en cualquier circunstancia. El contacto con la vida exterior, en este caso a través de una persona externa al asilo y con una perspectiva diferenciada al menos de la visión de los pastores, los cuidadores e incluso de los familiares, desarticula todo el engranaje de ordenamientos y provoca en el anciano la reflexión en torno a su vida pasada, pero también a las cosas que todavía le gustaría hacer y se cree con el legítimo derecho.

Cualquiera que sea la estabilidad de la organización personal del recién internado, ella formaba parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno civil: un ciclo de experiencia que confirmaba una concepción tolerable del yo, y le permitía una serie de mecanismos defensivos, ejercidos a discreción, para enfrentar conflictos, descréditos y fracasos (Goffman, 2001: 26).

Luego de avisarme de este cambio de comportamientos, hizo unos comentarios que desacreditaban o al menos ponía en duda la narrativa de mi informante. Si bien no todo lo que él me pudo haber dicho de su vida entraba en total contradicción, sí algunos aspectos estarían sujetos a revisarse e indagarse nuevamente, pues, según la hermana, la vida antes del asilo para don Alberto, había estado marcada por la violencia que él ejercía contra su esposa e hijos, y que incluso antes del accidente, ellos ya pensaban divorciarse.

La hermana me comentó que la hija no lo va a ver y no lo quiere ver para nada, pero que el hijo es más condescendiente. Aunque esa situación me extrañó y traté de mostrar asombro por los datos que me estaba dando, sí le comenté que mi objetivo no era corroborar la verdad de todo lo que se me decía. A decir verdad, no sé bien a bien si la verdad o la mentira sean reflejos o no, no sólo de la enfermedad mental, también consecuencia del mismo internamiento y que a

grandes rasgos, quedan inscritas en el espectro de estrategias de supervivencia ergo, de adaptación. De hecho, parte de las acciones estratégicas desplegadas en una institución total tienen que ver con crear y mantener tensión entre el mundo cotidiano y el institucional (Goffman, 2001).

Para la ocasión, si bien el interno pudo decirme parcialmente una historia ficticia de su vida, también resulta un reflejo de lo que ha vivido en el asilo. Esta situación no debe obviarse y mucho menos valorarse negativamente. De alguna manera, la reflexión apunta a que el asilo sí impone una estructura normativa que es funcional para la satisfacción de los objetivos de la institución y todos aquellos eventos que hacen poroso este tránsito, frecuentemente se solucionan con el aumento o nueva prescripción de fármacos.

A pesar de la alta medicación de la que son objeto los internos, algunos de éstos escapan de la somnolencia que les provocan las medicinas expresándose sin reparo, escandalosa y categóricamente; otros más deciden hacerlo con mayor escrupulosidad de manera que el objetivo de llamar la atención y salir del círculo de la monotonía sea eficiente. La personalidad de cada uno de ellos, además de las estrategias, intenta vandalizar el control que ejercen tanto los medicamentos como las reglas de comportamiento.

Polifarmacia

Un problema recurrente expresado por los internos, era la cantidad de medicamentos que se les prescribían. Aunque esta opinión no fue generalizada, al menos un 20% de los internos así lo manifestaron³².

La polifarmacia es el exceso de toma de medicamentos en un solo sujeto. Los adultos mayores, al padecer no una sino más de dos o tres enfermedades al mismo tiempo, están condicionados a una medicarse constantemente; así,

³² Tómesese en cuenta que tres cuartas partes de los asilados no pueden comunicarse. La información porcentual se realizó de acuerdo a la suma de la voz de los informantes y otros ancianos que pueden comunicarse.

encontramos que existe una prescripción hecha por el cardiólogo, otra por el médico familiar, el psiquiatra, etc. La poca comunicación entre los diferentes profesionales de la salud involucrados “conduce a la prescripción inapropiada de múltiples fármacos, esquemas farmacológicos complicados, mayor riesgo de interacciones farmacológicas, duplicidad de tratamiento y reacciones adversas”³³.

Para concluir este apartado, la presencia de las múltiples enfermedades que tiene la población anciana, complejizan su situación de vida. Frente a estos retos insoslayables, el estudio de las enfermedades desde una perspectiva asilar, permite observar de cerca y con un conjunto suficiente de casos en esta etnografía, el mundo de vida de un sujeto desestructurado por las múltiples enfermedades que padece. El anciano, primero, se entrega con pasividad a un diagnóstico que le cambia por completo la vida antes de ingresar a un entorno asilar para luego incorporarse a una dinámica de control y prescripción de fármacos pocas veces examinando desde las implicaciones tan negativas que tiene la polifarmacia³⁴ como en este ejemplo de casos múltiples, pero tampoco se analiza el impacto que tiene en la vida de las personas el ingreso y permanencia en un espacio que no sólo rutiniza su vida, también lo aparta sin opción de la vida que construyó y las relaciones más íntimas que disfrutó y tanto añora, desarrollando inevitablemente irritabilidad y ansiedad por este nuevo mundo de vida tan poco beneficioso. Terapéuticamente, la situación parece ser poco ideal, pues la estructura asistencialista sólo tiene el objetivo de mantenerlos con vida mediante atención médica deficiente, alimentos e higiene básica.

Asimismo, si bien la situación de enfermedad no pretende ser un sinónimo de vejez o de condición discapacitante *per sé*, la ocurrencia de estos padecimientos dentro de una situación de encierro, si constriñen las posibilidades del sujeto de una completa autonomía o al menos, sí revelan características más finas de los

³³ Farmacología en Geriatria. Polifarmacia, Prescripción inadecuada en adultos mayores http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/15_Farmacologia.pdf

³⁴ La polifarmacia según la OMS, es un síndrome geriátrico relativo al consumo de tres o más fármacos de manera simultánea por un paciente. Este tópico será abordada con mayor precisión en el capítulo tercero.

impactos de una enfermedad o enfermedades en el marco de un espacio compartido y prolongado.

En este sentido, la enfermedad es un evento disruptivo, que en todos los casos a exponer, forma parte de la carrera del sujeto, algunas veces como resultado del proceso de envejecimiento pero en otras, participando de la vida de los ahora ancianos o ancianos en construcción, mucho antes de que la vejez se hiciera visible o consciente, sobre todo de aquellos con padecimientos mentales en quienes la enfermedad los condujo inevitablemente a una vida de cuidados y atención con anterioridad. No obstante, las enfermedades son fundamentales para comprender la vida del individuo antes y dentro del asilo, que es el entorno en donde un diagnóstico los conduce sistemáticamente a conductas dependientes de un tratamiento, que en este caso, no es profesional y resulta ser paliativo. La enfermedad por ello, es la que desencadena el encierro, pues el estado de la enfermedad es imposible de sobrellevar por los sujetos mismos o por sus familiares; la enfermedad es el motivo que justifica la permanencia e imposibilita la libertad y aunque esta experiencia se da en un contexto asilar, también refiere a la capacidad trasgresora de los padecimientos crónicos en la vida de los ancianos en cualquier otro contexto.

Aunque la intención del enfoque de la enfermedad en la vejez no pretende invisibilizar los procesos de emancipación, ni los recursos adaptativos o la capacidad de los sujetos de reorientar su vida hacia otros ejes que no sean la enfermedad, ni tampoco pretende asimilarla inherentemente a éstos, sí considero necesario hacerla patente como una situación que así como la vejez, nos refiere a complejos procesos socioculturales que frente a ciertas coyunturas, constituyen referentes individuales y sociales definitorios en las vidas de las personas y nos permiten hacer evidente que la situación “está ahí”, y es vivida e interpretada por los sujetos. No obstante, aunque la enfermedad goce de un privilegio observable en el infortunio personal de una persona envejecida, que también puede ser cuestionable de acuerdo a lo que el sujeto percibe de sí mismo por estar inmerso en un cuadro depresivo, otros enfoques complementarios de los aspectos

adaptativos y de recuperación, pueden tener relación a la enfermedad de forma no tan catastrófica o negativa, como es la ayuda mutua o la caridad que pueden proporcionar estos centros de permanencia prolongada que satisfacen necesidades imperativas de sujetos vulnerables que se hayan encontrado en una vida en el exterior más desfavorable, en soledad o abandono. Ciertamente este enfoque de enfermedad valoró la cualidad definitoria de los padecimientos, que a nivel de casos, al menos resulta importante para el ingreso y la permanencia y hasta cierto punto como factor que impide las altas.

3.5 Prácticas y significados en torno al encierro. El mundo de la vida de los sujetos a partir de un día típico

El estudio del mundo de vida dentro de las instituciones totales o cerradas no es un campo nuevo de estudio de individuos y grupos sociales, al menos en la literatura sociológica norteamericana. Ya Erving Goffman (2001), inició el análisis de los internados dedicados a la atención de enfermos mentales con excelente proeza. Aunque su aproximación de campo se hizo a través de la observación y el punto de vista de médicos y personal de la institución, resulta un referente fundamental para esta investigación y algunos apuntes serán retomados en este apartado a fin de explicitar cómo es la vida de un anciano en una institución asilar.

Primero, tengo la intención de mencionar a los actores involucrados en campo respecto a la forma en que me presenté y la manera en que las relaciones fueron cambiando al paso del tiempo. Los informantes clave, otras ancianas y ancianos, los cuidadores y los pastores forman parte del contenido de este primer punto. En un segundo momento, me dedico a describir y explorar a través de “un día típico”, la rutina cotidiana y los eventos más paradigmáticos que involucran a los ancianos y ancianas.

3.5.1 Un día típico

En este apartado, mi intención es describir, a partir de las tareas de cuidado y las actividades formales de un día típico, los aspectos más relevantes en el terreno de la vida cotidiana de los adultos mayores en contacto con otros actores en el asilo, es decir, cuidadores, pastores y en menor medida, familiares³⁵.

Desde el constructivismo social, la realidad de la vida cotidiana se define en los pensamientos y las acciones que son reales para los actores que la conforman; para los sujetos esta realidad es interpretada y tiene un significado subjetivo que les es coherente. Esta aproximación no sólo revela las diferentes formas en que la experiencia contiene diferentes dimensiones de significado, también indica la objetivación del mundo en donde se vive y el constante intercambio intersubjetivo con esos otros con los que también compartimos el mundo (Bergen y Luckman, 2001).

Para Garfinkel (2006), el uso concertado de las actividades cotidianas, constituyen métodos que en sí mismos revelan lo aislable, lo típico, lo uniforme, la repetición potencial, la equivalencia, lo anónimo, lo planificado, es decir las propiedades racionales de expresiones y acciones en un contexto específico. En este contexto, es que me interesa develar la forma en que los sujetos cotidianamente viven su vejez y enfermedades en el asilo. Si bien esta acepción puede encontrar acciones comunes de la forma en que los sujetos asumen y viven la situación de internamiento, también es en ese curso sistemático de actividades cotidianas que es posible encontrar lo disruptivo y la distinción de los sujetos de acuerdo a su personalidad y trayectoria personal. Son estos elementos los que intento hacer más evidentes al tiempo de señalar el marco en que se constituyen estas acciones, es decir, una institución asilar que se rige de acuerdo a actividades rutinarias de cuidado y atención.

³⁵ Los familiares de los internos, permanecieron la mayor parte del tiempo, ausentes. Aunque tuve algún contacto cuando esporádicamente iban a visitar a sus familiares, casi siempre la interacción se dio entre ancianos y familiares, pero muy pocas veces.

El espacio asilar, es un campo prolijo de experiencias; de sujetos que constantemente se adscriben a rutinas y que afrontan toda serie de problemáticas que juegan entre la imposibilidad de participar para modificarlas y la serie de estrategias y actitudes desplegadas para aminorar o la carga disciplinar y matizar otros momentos en los que se producen conflictos.

Una parte de la descripción partirá de lo que revela la estructura institucional formal, de acuerdo a los horarios, normas y pautas para resolver las tareas de cuidado y atención en donde los sujetos se encuentran. Y la otra, tendrá como objetivo dilucidar aspectos contingentes y paradigmáticos, más adscritos a la subjetividad de los sujetos y sus interacciones y estrategias en el mundo asilar.

En un día típico en el asilo, conviven toda serie de pautas controladas y totalizantes que colocan a los ancianos como receptores de normas y reglas que se sugieren como obligaciones que edifican rasgos de compromiso y adhesión a un grupo (Goffman, 2001: 175). No obstante, no toda la vida asilar puede ser clasificada dentro de estos ejes, ni todos los ancianos necesariamente se someten a las restricciones de las tareas de cuidados de las que son sujetos todo el tiempo.

Inicia la actividad en el asilo

Mientras yo me despertaba, las trabajadoras y trabajadores comenzaban a llegar al asilo. Mi habitación se encontraba justo en la entrada de la construcción, por lo que los sonidos de rejas, automóviles, murmullos, gatos y perros eran lo bastante perceptibles como para no notarlos. El anuncio de su llegada no era para nada silencioso, por el contrario, siempre buscaban la manera de iniciar el día laboral de forma escandalosa; escuchabas risotadas, reacciones a empujones, críticas de la vestimenta que traían ese día o escuchaba cómo le daban seguimiento a las charlas que la noche anterior habían tenido en la placita de alguna localidad cercana que solían frecuentar casi diariamente.

Cuando yo me decidía a salir de la habitación, era porque había resuelto un poco la preocupación que me provocaban las reglas y las interacciones con cada uno

de las personas que convivíamos diariamente en el asilo. Como he mencionado, los primeros encuentros con los trabajadores así como con los ancianos, fueron hasta cierto punto problemáticos; los primeros por las grandes cantidades de acoso y de tentativa de sabotaje, y los segundos por la alta estima, compenetración y representar paulatinamente un medio por el cual podían pedir auxilio hacia el mundo exterior. Ambas situaciones fueron todo el tiempo abrumadoras, y aunque había lapsos en las que podía tener control, muchas de las veces resultó imposible, por lo que me decidía a regresar a mi habitación.

A veces, me anticipaba a sus horarios de llegada y prefería levantarme mucho más temprano para encontrarlos y seguirlos hasta cada una de las cuartos de los ancianos con los que tienen asignado el trabajo. Esto ocurrió sobre todo al inicio de mi estancia, pues tenía obsesión por conocer cada una de los horarios, actividades y las formas en que desempeñaban sus actividades. Al poco tiempo, la rutina de estos deberes provocó que estas visitas fueran menos frecuentes aunque siguieron siendo en gran medida los escenarios en los que más me involucré. Finalmente al paso de los días y con un registro vasto de los mismos, ya no resultaron más importantes de lo que podía observar en el patio y en otros espacios comunes como la sala de estar y el comedor, por ejemplo.

Las habitaciones permanecen sigilosamente resguardadas por los cerrojos durante la noche y es hasta que llegan los cuidadores a iniciar su jornada laboral que son abiertas. Sólo en situaciones de emergencia, los pastores llegaban a visitar por las noches a algunos internos que gritaban pidiendo algún medicamento para minimizar su dolor, pero esto sólo llegó a ocurrir unas dos o tres veces. La mayoría de las ocasiones eran las cuidadoras que se quedaban por las noches las que atendían estos eventos.

Cada uno de los cuidadores tiene trabajo en áreas específicas. Por ejemplo, los hombres atienden exclusivamente a los varones ancianos, pero también en esta área se desempeñan Dalia y Lorena, madre y hermana de los muchachos

cuidadores, respectivamente. A las mujeres las atienden exclusivamente las trabajadoras: Mariana, Lupe I, Lupe II, Ernestina y Yadira.

La primera en llegar por la mañana, generalmente era Mariana, la joven de 23 años que además de encargarse de la lavandería, también realizaba tareas de cuidado. La venía a dejar su papá en una troca azul. Su casa se encuentra a unos 500 a 700 metros del asilo aproximadamente, sin embargo, la carretera, la hierba crecida, el entorno deshabitado de otras casas-habitación, hacían necesario el arribo en vehículo. Los demás trabajadores hacían lo propio, las cocineras llegaban juntas: Luz llegaba a la casa de Mónica, que vivía a no más de 1km del asilo para después trasladarse en el vehículo de esta última. La familia Rodríguez, es decir, Dalia, Lorena, Francisco y José, llegaba a veces en la camioneta tipo Van y otras veces en un cavalier verde de uso.

Cuando Dalia, la madre y cuidadora con más experiencia y antigüedad en el asilo se quedaba a dormir en la habitación dispuesta para ella, se levantaba a las 6:30AM para después dirigirse a Repueblo de Oriente, una localidad aledaña que se encuentra a unos 15 minutos en automóvil de donde se encuentra el asilo y ahí recogía a sus hijos. Todos llegaban juntos. Sólo en algunas pocas ocasiones lo hacían por separado y era básicamente porque alguno de los jóvenes se iba a una fiesta después de una carrera de caballos o a “pistear”³⁶ en el río o algún antro de Cadereyta Jiménez, otro municipio aledaño.

La entrada era ordenada. No hacían mucha algarabía luego de estar dentro del asilo. Rápidamente cada uno de ellos se disponía a ocupar sus áreas de trabajo. Las cocineras siempre eran las que con mayor prontitud se dirigían a la cocina, pues el desayuno tenía que estar servido a más tardar a las 8:00 AM. Mariana también tenía este sentido de responsabilidad. Caminaba a paso rápido hacia las habitaciones de las ancianas que a ella le tocaba revisar, se metía en ellas, cambiaba a las ancianas y las preparaba para salir a desayunar. Después, iba a

³⁶ *Pistear* es la forma común a nivel regional para designar una convivencia informal que involucra alcohol, generalmente cerveza, entre amigos y compañeros cercanos.

cada uno de los cuartos y sacaba en botes y una canastilla de metal con ruedas, las cobijas, suéteres, pants, sudaderas y pijamas de los ancianos. En poco tiempo la encontraba en la lavandería. Una gran cantidad de ropa y sábanas la esperaban y ansiosamente comenzaba a agruparlas por sexo, fundamentalmente. Primero comenzaba a separar las cobijas de las sábanas, luego hacía lo propio con la ropa interior de la ropa normal. La mayoría del tiempo se encontraba nerviosa y desesperada. Todos los días tenía el temor de no terminar a tiempo su trabajo, pues tenía que cuidar también a las ancianas. Esta situación la perturbaba, no obstante, nunca falló con ninguna encomienda, salvo cuando las lavadoras o secadoras dejaban de funcionar por fallas eléctricas, lo cual no era frecuente pero sí ocurrieron un par de veces.

Los demás cuidadores se exigían mucho menos. La familia Rodríguez por ejemplo, después de preparar a los ancianos que tenían asignados, se trasladaban al cuarto que tenían en el asilo, se quedaba platicando en una banca o se iban a la cocina a prepararse algo de desayunar. A excepción de Lorena, quien siempre buscaba cumplir con sus funciones, y quizás también José, que por tener estudios parciales de enfermería tenía que buscar mayor reconocimiento y tomar una actitud mucho más profesional, los demás valoraban mucho menos la exigencia de sus actividades y menormente les incomodaba lo que los demás trabajadores pudieran sacar a conclusión de esas actitudes tan disueltas en el trabajo.

Esta actitud fue muy común y gran parte de los eventos problemáticos, accidentes y otras complicaciones con los ancianos, tenían que ver con este comportamiento. No obstante, también resultaba un escaparate de presión para los trabajadores, y en cierta medida para los ancianos, quienes aprovechaban estos descuidos para dejar de ceñirse a las reglas de comportamiento y actuar de manera mucho más libre y desfachatada.

“Las Lupes”, siempre estaban acompañando a las ancianas. Se sentaban muy cerca de ellas en mecedoras o en una banca mientras ojeaban catálogos de

zapatos. Llegaban, asistían a las ancianas y trasladaban a las que así necesitaran hasta el comedor. Posteriormente, regresaban a las habitaciones a hacer el aseo, pero no tomaba mucho tiempo cuando ya las observabas tomando también el desayuno en la cocina, pero no lo hacían las dos al mismo tiempo.

Tabla 7. Actividades cotidianas por cuidador

Cuidadora/or	07:00 a.m.	08:00 a.m.	9:00- 12:00	12:00 p.m.	03:00 p.m.	04:00 p.m.	05:00 p.m.
Dalila	Abre las habitaciones de los varones. Los revisa, limpia y baña en caso de ser necesario.	Lleva el carrito de comida a los varones que no pueden comer con los demás. Los alimenta en la boca. A algunos se les da comida hecha papilla.	Asea el patio del asilo. En pocas ocasiones revisa a los ancianos hombres.	Va por el carrito de comida y alimenta a los anciano varones.	Comienza a bañar a aquellos ancianos que no tomaron ducha por la mañana.	Limpia por segunda vez las habitaciones de los ancianos	Se asegura de trasladar a los ancianos varones a sus habitaciones.
Lorena	Ayuda a revisar a aquellos hombres que no atendió Dalila. Los traslada a los pasillos en sillas de ruedas o los conduce a que se sienten en las bancas o mecedoras.	Le da de comer a los varones que se encuentran dentro de los dormitorios.	Tienda camas y asea habitaciones. Va a dejar a su hijo pequeño al kinder y regresa.	Ayuda a dar de comer a los ancianos varones dentro de sus habitaciones.	Baña a los ancianos.	Ayuda a limpiar las habitaciones de los ancianos	Ayuda a recoger la cocina
Mariana	Abre las habitaciones del pabellón principal de mujeres. Las revisa y viste ocasionalmente; luego las saca al pasillo.	Trabaja en la lavandería.	Permanece en la lavandería. Frecuentemente sale a las 11:00 a.m. a platicar con otras cuidadoras en las bancas.	Traslada a algunas ancianas al comedor.	Regresa a la lavandería a doblar la ropa y trasladarla a las habitaciones de ancianos y ancianas.	Acomoda la ropa, sábanas y colchas restantes a las habitaciones de las mujeres.	Ayuda a trasladar a las ancianas a la habitación principal del pabellón de mujeres.

Lupe I	Abre las puertas de las habitaciones de las mujeres que comparten los cuartos más pequeños. Las revisa, limpia y baña de ser necesario. Las conduce al patio o al comedor.	Traslada a las ancianas faltantes al comedor. Ayuda a dos a comer dándoles papilla. Cuando termina, prepara su desayuno y se dirige a asear las habitaciones del pabellón de mujeres.	Se queda con las ancianas en una mecedora junto a las bancas. Juega en ocasiones con ellas y platica brevemente.	Traslada a algunas ancianas al comedor y les da de comer si así lo requieren.	Baña a una cuarta parte de las ancianas del pabellón principal.	Traslada a las ancianas al comedor.	Traslada a las ancianas a la habitación principal y a otras habitaciones.
Lupe II	Ayuda a su hermana a asear a las ancianas. Las conduce al patio y al comedor.	Asea las habitaciones del pabellón principal de mujeres. Cuando termina, va a desayunar a la cocina.	Limpia las habitaciones. Casi nunca convive con ancianas.	Traslada a las ancianas al comedor.	Acomoda ropa, lava el piso.	Traslada a las ancianas al comedor.	Traslada a las ancianas a la habitación principal y a otras habitaciones.
Ernestina	Conduce a las ancianas listas al comedor	Asea los cuartos de las ancianas.	Permanece en las bancas platicando con otras cuidadoras. A veces se queda en la cocina a platicar.	Traslada a otras ancianas al comedor	Baña a una cuarta parte de las ancianas del pabellón principal.	Traslada a las ancianas al comedor y ayuda a un par de éstas a comer.	Traslada a las ancianas a la habitación principal y a otras habitaciones.
Yadira	Ayuda a trasladar a algunas ancianas al comedor. Entra a la enfermería para preparar medicamentos.	Se prepara el desayuno	Se queda en las bancas platicando con otras cuidadoras. A veces las ancianas se acercan y también comienzan a platicar.	Regresa a la enfermería. Se queda en la cocina a platicar.	Baña a una cuarta parte de las ancianas del pabellón principal.	Traslada a las mujeres al comedor	Traslada a las ancianas a la habitación principal y a otras habitaciones.
José	Se dirige inmediatamente a la farmacia a preparar los medicamentos	Permanece en la enfermería. Ayuda a trasladar ancianos al comedor.	Permanece en la enfermería. Hace curaciones a internos que lo necesiten	Traslada a algunos ancianos al comedor. Se prepara para irse a la escuela de enfermería.	Baña a un par de ancianos varones.		

Francisco	Ayuda a trasladar al baño o de vuelta a la silla o cama a los varones más pesados o más inquietos.	Se prepara el desayuno	Platica en las bancas con otras cuidadores. Se queda viendo televisión en el cuarto que tiene asignado su familia en el asilo.	Traslada al patio, otro de los carritos de comida para los ancianos varones	Baña a un par de ancianos varones.	Lleva el carrito de comida al patio. Les da de comer a 5 ancianos.	Dirige a los ancianos hacia el pabellón de varones.
Isabel	Prepara el desayuno	Traslada el desayuno al comedor	Prepara la comida	Sirve los platos	Prepara cena	Traslada los platos al comedor	Recogen la cocina
Erin	Prepara el desayuno	Traslada el desayuno al comedor	Prepara la comida	Sirve los platos	Prepara cena	Traslada los platos al comedor	Recogen la cocina

Fuente: Elaboración propia con base a observación.

En el patio, es común que a que las recomendaciones de las cuidadoras con las ancianas que están sentadas en las bancas sean permanezcan ahí y no se trasladen a sus habitaciones o a otras áreas comunes que no deben ocupar, como los espacios de los hombres o el comedor si todavía no es hora de tomar los alimentos. Sin embargo, hasta cinco de ellas ignoraban estas reglas y se les veía entrar y salir de los cuartos, sobre todo Natalia, de 91 años quien en el mes de noviembre se le vio particularmente más decaída, desganada y buscaba cualquier oportunidad de distracción por parte de las cuidadoras para meterse a su cuarto y recostarse. La “Buela”, una mujer con Alzheimer prefería abordar a los trabajadores con las preguntas que siempre circularon cuando interactuaba con ella: “¿y Pancho? ¿Dónde está Pancho?”

7:00 AM

Por las mañanas, me despertaba antes de las 7 de la mañana, en ocasiones más temprano. Me alisto tomando un baño en el pequeño cuarto que se me asignó como dormitorio durante mi estancia en el asilo. Conté con un pequeño frigobar, microondas y una amplia cama King Size; el cuarto es alfombrado y tiene un olor peculiar debido a la poca circulación de aire. Hay un par de cajoneras que se encuentran llenos de ropa y fotografías de la familia de la cuidadora con quien compartí las dos piezas que fungieron como una sola habitación.

Antes de mi llegada, ella y otra cuidadora que así lo necesitara, utilizaban el lugar. La habitación también servía para las visitas ocasionales, generalmente los familiares de los pastores: hijos, hermanos o cuñados eran quienes los ocupaban, pero ocurrió sólo una vez.

Aunque la vida cotidiana de los ancianos puede considerarse reproducible día tras día y las pautas de comportamiento pueden ser predecibles y rutinarias, cada interno utiliza recursos diferenciados para mostrarse en el mundo asilar y sobrellevar el encierro. Cada sujeto configura una percepción de sí mismo y la de otros a través de las relaciones que tiene con otros internos, cuidadores, pastores y personas externas.

Cuando los veía al salir de mi habitación, permanecían en los sitios de siempre: frente al televisor, las bancas, las mecedoras o recorriendo a paso lento los pasillos. Las ancianas particularmente lucían animadas, generalmente porque otra tenía alguna ocurrencia o los cuidadores las incitaban. Los varones notaban mi presencia con más rapidez, asomaban sus cabezas o volteaban sus ojos; lo sentía a lo lejos, aunque siempre trataban de no ser notados. Las mujeres por el contrario al paso de los días sabían la hora en que salía de mi cuarto y sólo veían u oían la puerta y volteaban una a una a buscar mi presencia. Avanzaba lento y las encontraba desmañanadas, algunas ya vestidas pero otras más en bata esperando el aviso para ir a desayunar, asunto que siempre era esperado por ellas. Del desayuno pocas veces se recibía queja. Quizá el hambre que se genera al iniciar el día, quizá el gusto por tomar un buen atole o taza de café hacía muy deseado este evento.



Foto 13. Ancianas en las bancas del pabellón para mujeres

Las ancianas se sientan en las dos bancas que se encuentran replegadas frente a la habitación donde duermen. La mayoría se encuentran mirando hacia el patio, con la mirada fija, como si no tuvieran ninguna idea en mente o sus pensamientos permanecieran estáticos por lapsos prolongados de tiempo; miran hacia un punto y otro, se miran entre ellas con una ligera y casi imperceptible sonrisa o simplemente se ignoran. También se miran a sí mismas: las manos, los brazos y sus arrugas, tocan y sienten la resequedad pero siguen frotando sus extremidades con insistencia; algunas mueven sus pies porque algunos zancudos y moscas merodean su silla de ruedas: Elvia, Sonia, Pili y Belinda permanecen obedientes sin hablar, se mueven poco, son las menos inquietas y se mueven cuando necesitan ir al baño o se les llama a alguna de las tres comidas, no utilizan silla

de ruedas, cuando avanzan a paso lento, algunas se ayudan a otras. Las que menos hablan pueden agruparse en dos grupos: aquellas que tienen un alto grado de senilidad que les impide integrarse a conversaciones y, por lo tanto, están ausentes casi totalmente de otras actividades de interacción, y aquellas que tienen un grado de senilidad menor y que a pesar de que el hilo de sus conversación vacile en recuerdos y ficciones, el receptor puede adecuar respuesta con mediano éxito.

Estas interacciones se edifican a base de las simpatías que las ancianas tienen unas por otras, debidas en gran medida, por la docilidad y la personalidad abierta y amigable. Las ancianas más reticentes, permanecen en silencio o asienten con esfuerzo, miran a otro sitio y cuando la ocasión así lo permite, se alejan del lugar en donde ha iniciado una plática. Son dos o tres adultas mayores quienes comienzan a establecer conversaciones y no duran más de 10 minutos; las pausas entre una respuesta y otra pueden ser bastante grandes, aproximadamente de 15 a 20 segundos. Existe una pareja de ancianas que por ejemplo, siempre se cuchichea una a la otra, y aunque a lo lejos parece ser una conversación elocuente, una vez acercándonos al lugar en donde se encuentran, las frases no tienen coherencia, hablan de otras ancianas o de lo que acontece en el patio pero sin apegarse exactamente a lo que ocurre. Muchas veces sus comentarios versan sobre aspectos físicos y del comportamiento de otros o intentando contener una situación problemática: “¿Ya viste qué bonita está hoy?”, “Siempre hace lo mismo”, “¡Ya déjala! Está mal...” No obstante, todas estas frases no se suscriben a una conversación que siga un hilo temático, como sería por ejemplo, estar haciendo el comentario en referencia a una sola anciana o trabajadora, más bien se van presentando en la lógica de la interacción que van presenciando. Ellas, participan de estos eventos de interacción al menos emitiendo una opinión al respecto, un comentario suelto que las hace más visibles aunque no necesariamente estén siendo estrictamente coherentes. Nadie se siente totalmente autorizado para desmentir o silenciarlas. Incluso las trabajadoras asumen una posición pasiva en torno a estas expresiones, pues en comparación con otras ancianas, la docilidad que manifiestan estas viejitas provoca una ternura

tal, que las mantiene alejadas de la disciplina tan férrea de la que son objeto otras mayores quienes sí movilizan verbal y físicamente a las cuidadoras.

A esta hora es poco común que las ancianas se muestren inquietas y mucho menos los ancianos hombres. Muchos todavía permanece adormilados y en cierta medida, todavía incapaces o desinteresados en hablar o trasladarse de un lugar a otro. Esperan con paciencia a que los trasladen al comedor o transportarse ellos mismos. A esta hora ocurre con frecuencia que se vuelven a ambientar al mismo escenario. En muy pocas ocasiones se miran cara a cara, salvo aquellos que tienen un lazo de amistad más fuerte que otros o que se sienten más cercanos con los trabajadores o les inquietó todo el tiempo mi presencia.

Casi diariamente Emilio buscaba hablar conmigo. Se acercaba junto con Vidal, un anciano de 90 años, en las mecedoras de forja que estaban colocadas justo frente a mi habitación. Yo los divisaba desde dentro y en ocasiones no sabía cómo reaccionar. Había días en los que no quería interactuar mucho con él, pues llegaba a saturarme la información que me daba debido en gran medida a la locuacidad de su narrativa. No obstante, todo el tiempo me pareció interesante platicar con él, pero necesitaba hablar y observar a otros también; él absorbía mucho tiempo de mi estancia. Yo me asomaba y hacía un leve movimiento de manos para responder a su ansioso y emocionado rostro. La mayoría del tiempo se alegraba en verme, pero hubo más de 3 ocasiones en las que su semblante y mirada revelaban un deterioro anímico. Cuando esto sucedía, era él mismo quien explicaba este malestar. **EMILIO:** *No pude dormir, Lety. Me sentí mal toda la noche. Vuelta y vuelta y vuelta pensando en cosas que no debo de pensar. Estoy preocupado por mi hija. Es una jovencita. Nomás quiero estar acostado. Y es que las pastillas, Lety, ¡las pastillas!*

Lo veía y no podía dejar de sentirme comprometida con escucharlo. Estando “bien” o mal física y mentalmente, siempre era bastante rico escucharlo. Pero no poder hacer nada. Eso me turbó más de una vez. Él mismo asumía que yo no podía hacer nada más que escuchar, su intuición siempre me pareció fantástica y

su capacidad de detectar intencionalidades, asombrosa. La condición de enfermedad le permitía hacer esta y muchas aseveraciones de personas y el mismo entorno. Esta situación me dio una perspectiva de análisis más abierta y crítica, pues también me aventuraba con él a analizar críticamente la situación de vejez, enfermedad y sobre todo de encierro a partir de estados melancólicos, depresivos y nostálgicos. Los delirios hipéricos³⁷ más de una vez me dejaron pensando sobre mi papel dentro del asilo. Él asumía una posición activa para calificarse a sí mismo, a otros y a mí, dentro de la dinámica asilar.

Él mismo se consideraba una persona enferma mental con una vejez particular ahí dentro. Estaba controlado, pero no dejaba de pensar en “cosas”, en sentirse mal, en preocuparse, sentirse ansioso y querer salir corriendo. A veces compartíamos estas sensaciones y nos aproximábamos mucho a comprendernos el uno y el otro. Las diferentes trayectorias de vida una vez bajo los efectos del encierro parecían sacar a relucir sentimientos bastante similares entre los dos. Yo también llegué a pensar muchas cosas, sentir tristeza y ansiedad. Quería salir, tenía miedo. Había realmente, muchas peripecias emocionales que sobrellevar en el asilo.

Él me ayudaba a comprenderlo colocándose paralelamente a mi situación. Intercalábamos nuestras vidas y llegábamos a un punto de encuentro: la situación de encierro. Él era hombre, enfermo y viejo y yo, mujer, joven y estudiante preparada. Yo tenía que trasladarme cada semana al asilo, viajar tres horas en la única salida y llegar a las 8 de la noche en medio de una carretera desértica sin más que arbustos y ruidos de animales. Tocar, que me abrieran y meterme rápido a mi cuarto. “¿Llegaste más tarde anoche, verdad?”, me decía o Emilio o Alberto al día siguiente en que llegaba. En esas frases me daba cuenta que mi presencia era más que visible y hasta esperada. ¿De qué otra cosa se podrían percatar en medio de la nada?

³⁷ La hiperia es una aproximación flexible para los síntomas de la enfermedad de esquizofrenia. Esta acepción es mayormente utilizada por profesionales que conviven con otras formas explicativas fuera del ámbito biomédico. El psiquiatra español Javier Álvarez es uno de sus promotores <http://nuevapsiquiatria.es/pdf/ExtasisSinFe.pdf>

“¿No te da miedo venir hasta acá? ¿Qué te dicen tus papás? ¿No los extrañas?” Luego yo podía intervenir y preguntarle qué tanto extrañaba a su familia y si lo habían ido a visitar el fin de semana que no estuve. Luego se soltaba y me empezaba a decir lo difícil que era estar dentro del asilo. Les hablaban para desayunar y dejábamos pendiente nuestra charla.

8:00 AM

Llega la hora de tomar el desayuno. De manera casi siempre ordenada, los que pueden moverse se trasladan a paso lento por el corredor, luego por la puerta que da a la sala de terapia y luego al comedor. Quienes no pueden hacerlo, son transportados tanto por los cuidadores como por otros internos más capaces, casi siempre Don Alberto y Emilio. Las mujeres son un poco más ruidosas que los hombres y en ocasiones accidental o intencionalmente entorpecen el paso, pues la puerta a estos espacios es pequeña y muchas utilizan silla de ruedas o andadores. Los hombres son más ordenados y avanzan casi siempre separados unos de otros, no buscan ni el contacto físico o visual y terminan siendo los primeros en estar sentados. Miran mucho más a su alrededor que entre ellos mismos, aunque esto ocurre mayormente con los varones que están más lúcidos. Las ancianas ocupan su lugar y simplemente esperan con una mirada algo vaga hacia las pequeñas ventanas que se encuentran del lado derecho del comedor. Otras mujeres esperan con mucha más ansia el desayuno y se muestran impacientes y hasta llegan a pararse, como Andrea, que más lúcida intervino muchas veces en la cocina y comedor mientras otras cuidadoras o cocineras hablaban entre ellas o se ponían de acuerdo para trasladar los alimentos a las mesas.

Luego de que todos han ocupado el mismo sitio que se les asigna para comer. Las cocineras y un par de cuidadoras trasladan el carrito con los platos de avena o atole y las tazas de café o té. Si tocan tacos de huevo, se sirven tres y en tortilla de maíz. Sólo a una anciana, Virginia, se le sirven de harina, pues fue una petición que hizo al llegar al asilo.

Los ancianos comen de manera pausada; unos se ven mucho más animados que otros. Algunas mujeres se miran a los ojos, pero no hablan entre sí; las que llegan a hablar lo hacen casi siempre con las cocineras, quienes son más abiertas y empáticas en general, con las cuidadoras es menos frecuente, pero sí es mucho mayor de lo que llegan a hacer entre ancianas y ancianas. Los hombres siguen mirando mucho más a su alrededor que su propio alimento, incluso se ven mucho más alertas; son más vigilantes de quién y cómo se les observa. Algunas miradas de ellos en ocasiones me hicieron retroceder y decidía no observarlos, mejor miraba a las ancianas, pues al contrario de los varones, ellas buscaban la mirada y hablar conmigo o con las cuidadoras, de hecho buscaban más lo segundo que lo primero, más contacto y cercanía aunque estuvieran probando alimento. Aunque los ancianos más capaces sí buscaban mi mirada y atención, estuvo relacionado con el nivel de interacción que tuve con éstos a razón de ser mis informantes. Los demás no querían ser observados, aunque sí detecté en más de un par de ocasiones que me miraban de una manera singular, casi siempre cuando vestía de manera más femenina, lo cual no fue tan frecuente pero sí ocurrió. De alguna manera buscaba que mi sexo no fuera un impedimento o un pedal que resolviera mediante esta vía la distancia o cercanías con los ancianos, no obstante, esto intervino de forma importante.

El espacio físico del comedor era relativamente menor que el de otros espacios comunes, sobre todo porque el ordenamiento era bastante estricto a fin de hacer operativo el servicio de alimentos. Las mesas y sillas están bastante pegadas unas a otras. Realmente es complicado estar cómodo estando de tres a cuatro ancianos y ancianas en cada mesa que no pasa del metro cuadrado. La situación parece no incomodar a la mayoría. Muchos comen con tal premura que en menos de 10 minutos ya están saliendo del comedor y se dirigen de nuevo o a sus recámaras, al patio central o frente al televisor. Los demás tardan un poco más, mucho más las ancianas que los hombres, quienes degustan el alimento más lentamente y hasta se quedan por más de media hora después de que terminan de desayunar. Las trabajadoras no son muy enfáticas en movilizarlas hacia el patio de nueva cuenta, salvo que sean algunas ancianas más inquietas o que

requieren mayor vigilancia. Casi siempre veía a las Amparos sentadas una en su silla de ruedas y la otra en la de plástico mirándose una a la otra o dirigiendo su visión hacia uno de los trabajadores cuando pasaban hacia la cocina.

9:00 a 12:00

Cuando los ancianos terminaban de recibir los alimentos, la mayoría ya estaban nuevamente en el sitio en donde comenzaron el día. La distribución era casi la misma todos los días. Un cuerpo y otro en el mismo punto solamente variado por la vestimenta distinta al día anterior o el ánimo más disminuido o alegre. Reinan las mismas postales: los varones vuelven a ver la televisión, las mujeres se ubican en el pabellón central, los ancianos que prefieren el aislamiento que el convivio se ubican en los corredores y los más reacios se refugian en sus cuartos.

Es preciso volcar la atención en cada uno de estos espacios. Pues el complejo de pequeños y lentos movimientos que se suscitan y que en ocasiones parecen imperceptibles, revelaban un mundo propio de acciones y comportamientos ajustados al espacio físico que eran bastante distintivos por el tipo de sujetos ahí reunidos.

La experiencia de vejez y enfermedad en estos casos es manejada de forma inexperta y contingente y son estas situaciones las que exponen las características cotidianas de la experiencia de vejez y la enfermedad en encierro. Es decir, las situaciones de normalidad, control y tensa calma explican una estructura asilar en aparente funcionamiento, que resuelve para los residentes las necesidades básicas de atención y otras tantas de convivencia. Este modelo explica una parte de la actividad social e interpersonal del asilo, pero no la totalidad.

Las ancianas en el patio se acomodan en orden. Su ubicación en las bancas, sillas o sillas de ruedas responde a afinidades entre unas y otras pero veces también se sientan específicamente en lugares recomendados o impuestos por las cuidadoras. Pasaba con Toña y Juana. La primera por tener una protestante

herida de llagas en la pierna derecha y estar impedida a recibir rayos del sol y Juana, porque no menos de 10 veces su actitud motivaba conflictos y rompía con el orden.



Foto 12. Algunas ancianas platicando después del desayuno

Cuando era tiempo de estar en el patio, las ancianas se ubicaban tranquilas en sus sitios. Andrea siempre hablando con las demás, tratando de sacarles plática a pesar de que la mayoría no cuenta con el nivel de lucidez de ella; Dora, que padece de epilepsia siempre con su juego de libretas, revistas y plumas en la mano escribiendo planas y planas de series de números, los nombres de sus nietos o de su “novio” Eri, uno de los cuidadores. Rosa siempre en su silla de ruedas, impedida por el peso y la actitud a la convivencia con las otras ancianas. Siempre se le veía en el mismo sitio, a lado contrario de la puerta en que se ubicaban las demás con un rostro de pocos amigos, suspirando, tomándose la frente con la mano derecha en pose de desesperación. La “Buela” caminaba y caminaba de un lado a otro. Las ancianas muchas veces le decían que se sentara. La recomendación era adecuada, sus piernas retenían una alta cantidad de líquidos y era peligroso para ella estar caminando por mucho tiempo.

Yo iba de un lado a otro, pero siempre a los sitios a los que quería ir, necesitaba pasar frente al pabellón de mujeres. De antemano sabía que mi paso iba a implicar toda serie de reacciones, positivas, negativas y de indiferencia. Sabía también con el tiempo, de quiénes obtendría simpatía o resentimiento. La primera actitud debido a mi disposición por acercarme y hablar con ellas y la segunda por no hacerlo tan seguido o prácticamente ignorarles. Muchas veces esta situación me incomodó, pues aceptaba que tenía preferencia por acercarme a unas y no a otras bajo dos criterios principalmente: porque era mis informantes o porque podían comunicarse mejor conmigo. Hacer esta diferenciación ciertamente más de una vez me hizo sentir incompetente e insensible. Sin duda, todo el tiempo fue un reto seleccionar los tiempos y formas de contacto y a quiénes iban a ir dirigidos. La mayoría se sentían atraídas por mi presencia. Unas por quererme cerca y otras por no querer que esta situación fuera así.

Cuando pasaba por ahí, yo observaba ya que Juana me veía desde unos 30 metros atrás. Se escuchaba muy claro el rechinar de la puerta mosquitera de mi habitación por lo que no podía escabullirme, aunque muchas veces así lo quería porque tenía planeado ir a un lado y no a otro y muchas veces por hacerme visible, mis planes se vieron interrumpidos.

Juana y yo nos veíamos a lo lejos. Ella siempre con su bata neja y medio transparente con flores rosa palo y tonos café, en su silla de ruedas, con su sonda y galón lleno de orina. Llegaba al punto del inevitable encuentro con todas. Ella con una destreza disminuida en el habla me decía “Hola, ¿cómo estás?” Si yo traía algo en la mano como un libro, m libreta o una manzana, ella quería saberlo y hacía lo posible por tocar el objeto un rato y preguntarme sobre él. A veces me reclamaba por qué no había pasado por ahí y por qué la ignoraba. Cuando ya estábamos muy adentradas en la interacción, decidía que debía sentarme en una de las mecedoras. Casi siempre Juana estaba cerca de Rosa, una de mis informantes pues fueron vecinas de Los Ramones, así que para mí la situación resultaba ventajosa. Me alejaba un poco de la silla de ruedas de Juana, pero ella siempre buscaba acercarse más. Ella me miraba fijamente, me agarraba las

manos y yo hacía lo mismo. Una vez hasta le llegué a pintar las uñas y la pasamos bastante bien, se veía contenta y yo lamentaba que no pudiera hablar con ella por los obstáculos cognitivos. Luego me ponía a hablar con Rosa y Juana cambiaba su actitud; se mostraba pasiva pero un poco desconcertada por haberla despojado de mi atención. Todo siempre estaba en juego. Me levanté porque quería ir al baño. Cuando regresé después de no más de 7 minutos, Benita ya estaba sentada en mi mecedora. Juana se molestó y empezaron una disputa por el lugar, Benita se aferraba a que ella estaba ahí primero. No era verdad, pero su dispersión construía estas afirmaciones. Yo no tenía problema, pero cuando tomé la decisión de mover otra silla, Juana ya estaba increpando a Benita, le gritó con los recursos del habla que pudo, la empujó y Benita hizo lo mismo. Yo las trataba de detener pero también como ellas recibí un par de manazos. Las cuidadoras no estaban y si lo veían desde lejos, no les interesaba mucho intervenir. Finalmente una de las trabajadoras llegó y las separó, pero Benita ya había caído al suelo. Me sentí culpable por no saber cómo reaccionar. Las cuidadoras no se inmutaron tanto y se metieron en la discusión de una forma poco profesional y que terminó en risas y burlas.

Se tardaron un tiempo considerable en levantarla y en averiguar lo que había pasado. La actitud de Juana era tan conocida que terminaron colocándola en el mismo lugar alejado de las demás. Benita seguía alterada y permaneció así casi toda la mañana.

Juana era un caso particular de ancianidad en el asilo. Múltiples desventajas físicas la aquejaban debido a sus enfermedades, pero esta situación a pesar de ser un impedimento físico y emocional, resultaba bastante funcional en comparación con el proceso adaptativo de otros ancianos y ancianas y con el nivel de participación que tenía, en general, en el asilo. La insuficiencia renal que padece, la hacía arrastrar la sonda vesical que le ayudaba a depurar la vejiga mientras se movía de un lado al otro en su silla de ruedas, además, sufría un leve retraso mental desde pequeña que con la edad, se tradujo en mayor incapacidad para comunicarse de manera adecuada, tampoco escuchaba bien por lo que era

muy complicado que entendiera alguna indicación, ni veía bien. No obstante, en la dinámica cotidiana esta situación parecía no importarle. Por un lado, mantenía relativamente alejadas a las demás ancianas y cuidadoras por el olor penetrante de la sonda. Su actitud también estaba siempre a la defensiva, pero solo cuando otra anciana le importunaba o eso es lo que ella percibía, porque en realidad era ella misma la que comenzaba los pequeños altercados. Por no escuchar, ver ni hablar bien, también siempre estuvo en lugares alejados en el patio y los pasillos; al comer ella lo hacía en una mesa individual y mirando hacia la pared. Cuando su comportamiento era bastante disruptivo, buscaba pleito o llegaba al contacto físico con otra anciana, las sanciones solían más agresivas. En una ocasión ella y Andrea discutían en la sala de estar por el canal que veían en la tele, Irene se metió en la discusión tratando de que dejaran de darse golpes y manotazos leves, pero sí importantes. Entre la confusión, Irene cayó al suelo y se lastimó seriamente la cadera de manera tal, que a partir de ese momento tuvo que estar en silla de ruedas. Las trabajadoras en ese momento no se encontraban ahí y yo no supe reaccionar a tiempo. No pensé que una anciana en silla de ruedas pudiera movilizar a otra hasta tumbarla. Juana tenía este tipo de comportamientos constantemente, aunque cuando yo me acercaba a ella a acompañarla se comportaba. A pesar de ser una de las ancianas más impedidas por enfermedad, era de las más inquietas. Cuando este evento ocurrió, las trabajadoras la trasladaron a su habitación y la tuvieron encerrada la mayor parte del día salvo cuando tenía que hacer sus comidas. Se le oía gritar y blasfemar hasta que finalmente la dejaron afuera.

Cuando las ancianas estaban en la sala de estar, la mayoría del tiempo estaban tranquilas, sentadas en la banca de madera repegada en la pared y otras en sus mecedoras o sillas de ruedas. A veces sintonizaban “Laura en América” cuando estaban las cuidadoras más grandes o los canales de música de banda y norteña cuando estaban los jóvenes. Si yo tenía acceso al control remoto, veíamos las noticias. A las ancianas realmente no les importaba mucho qué estaban viendo. La mayoría sólo se quedaban sentadas, viéndose unas a otras, algunas intentando intercambiar algunas frases otras mirando hacia la ventana. Benita, por

ejemplo, siempre se sentaba en la mecedora más alejada de la amplia habitación rectangular justo detrás del aire lavado inservible que se encontraba casi en medio de dicho espacio. Benita padece retraso mental desde la niñez y toda su vida vivió en orfanatos e instituciones de salud mental hasta que finalmente terminó en una institución asilar.

Al tiempo que estos eventos suceden, los varones se retiran uno a uno a los mismos espacios que ocupaban antes de ir a desayunar. Los más apáticos y que no conviven tanto, van a sus recámaras o se sientan en las bancas que encuentran solas asegurándose que haya una distancia considerable entre otra persona. Si ven a un anciano o anciana e incluso una trabajadora muy cerca de ellos, buscan moverse hacia otro lugar. Nunca se les ve lo bastante cerca. Los hombres que se resguardan por la mañana en el espacio donde se encuentra la televisión, suelen ser más amistosos y sociables, entre ellos están los más jóvenes, pero también estaban otros con mayores impedimentos de enfermedad y vejez como Pancho y Julio, el primero con un grado de senilidad importante y el segundo con esquizofrenia crónica. Ellos siempre sintonizaban las noticias de *Lolita Ayala* pero también se les veía viendo *Laura en América*. Siempre se les veía atentos a la televisión pero cuando una o varias de las cuidadoras se acercaban a ver la televisión con ellos cambiaban el semblante, se ponían más nerviosos o buscaban más contacto y platicar. Lo mismo sucedía cuando yo pasaba. A veces lo hacía muy rápido porque iba a dejarle recados a Mari en la lavandería. Muchas veces Emilio me dijo que por qué caminaba tan rápido por ahí. Una vez más, su perspicacia me hizo pensar en mi imagen dentro del asilo.



Foto 16. Nani observando las flores

15:00

A las tres de la tarde, las escenas en el patio son desoladoras. Cuando hacía calor, las internas mujeres se resguardaban en la sala de estar y veían la televisión; los hombres permanecían cerca del televisor o en sus habitaciones, por lo que casi la totalidad del patio se encontraba sin personas, salvo algunas cuidadoras quienes iban y venían por encargos. A esta hora, los internos más jóvenes, es decir, Emilio y Alberto, solían trasladarse de un lugar a otro con más frecuencia que otros; pedían agua o solicitaban hablar conmigo. Iban a la cocina, al comedor o se sentaban en las bancas acolchonadas que se encontraban frente a la sala de terapias, pero sólo cuando yo estaba o se agrupaban a platicar los

cuidadores y cuidadoras, lo cual era bastante frecuente, casi todos los días y por casi.40 minutos a una hora. Quien más se acercaba a estas horas era Emilio, mi informante con esquizofrenia; Alberto era mucho más prudente, penoso y sigiloso, a veces de me acercaba tan imperceptiblemente que me llegó a asustar. Con él sentía una aproximación un tanto impositiva y demandante; no podía distraerme o voltear a otro lado, sí un trabajador u otro anciano o anciana se me acercaba, hacia muecas de descontento y me decía que mejor regresaba después.

Cuando el clima era bastante brumoso por el calor, tampoco pasaba mucho tiempo en el patio, mejor me quedaba un tiempo con las ancianas en la sala de estar. A esta hora veían televisión, pero también las iban llamando ya para que tomaran su baño. Cada cuidadora atendía aproximadamente cinco ancianas a las cuales iban llamando una a una. La mayoría no oponía resistencia para el baño, pero había quienes sí lo hacían. La rutina de baño era bastante sistemática y comprendida por las ancianas. Con los dos baños que había en la habitación principal se tenían que repartir las ancianas en cada uno de estos. Las cuidadoras con rapidez y eficacia las ponían en fila a que esperarán su turno, en ocasiones las desnudaban antes de entrar al baño, lo que las llegaba a alterar. En una ocasión, Virginia me comentó lo desagradable que era esperar desnuda o semidesnuda el baño: “Tenemos que esperar a veces más de 10 minutos ahí sin ropa, desnudas. Luego los muchachos a veces entran. No entran con mirada de morbo pero como quiera una se incomoda; no está bien”.

La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo...comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. Así como se puede exigir al individuo que mantenga su cuerpo en una posición humillante, puede obligársele a dar respuestas humillantes (Goffman, 2001: 27 y 34).

La exposición que sufren las ancianas para su aseo, es mucho mayor que la que pasan los hombres. De estos pocas veces pude ver que los mantenían en el mismo estado. Aunque hay algunos viejos que todavía pueden bañarse por sí mismos, los que necesitan ayuda no son visibles en este proceso. Lo mismo

sucede cuando tienen que ir al baño, no es posible ver cuando lo hacen. La privacidad es mucho más protegida para los varones, tanto los trabajadores como los internos hombres así lo visualizan y suelen ser más quejosos de estos aspectos, aunque siempre con las cuidadoras responsables de éstos.

Cuando hablaba con Emilio o Alberto, nunca me llegaron a decir absolutamente nada de la invasión a la privacidad u otros aspectos que perjudicaran el sentido de intimidad. La mayor parte del tiempo hablaban de sí mismos y de su familia, con un papel protagónico. La única queja constante era en relación a la comida, a la toma de medicamentos y al tiempo en que les solía tabancos dormir. La violación de la intimidad es parte sustancial del encierro, sin embargo, las mujeres verbalizan más estos aspectos que los hombres “La prisa y la presencia de espectadores resultan especialmente intolerables para las mujeres” (Goffman, 2001: 27).



Foto 11. Don Emilio y Vidal esperando la comida

16:00- 17:00

Para las cuatro de la tarde, los internos ya tenían que estar bañados y vestidos. Las mujeres seguían en la sala de estar esperando el llamado a la última comida del día. Algunas de ellas se movilizaban antes de esta hora y ya ocupaban el asiento en donde recibían la cena, pero una amplia mayoría esperaban a que las cuidadoras las trasladaran hasta allá. Con los hombres la situación era muy diferente, pues eran más ansiosos y por sí mismos o con ayuda de sus compañeros se movían al comedor; la cena era uno de los alimentos preferidos por ellos pues generalmente les daban de cenar tacos de huevo con frijoles o sándwiches. En varias ocasiones Emilio me comentó lo mucho que disfrutaba este menú, aunque siempre en relación a lo mal condimentada que le sabía la comida y lo poco que le satisfacía el desayuno, éste último por las pequeñas porciones de galletas o gorditas de azúcar que les daban.

Las cocineras con notable prontitud servían estos últimos platos, pues además de representar una de sus últimas obligaciones de trabajo, también lo que servían era menos aparatoso para el momento de lavar los platos. Los ancianos y ancianas comían lentamente. En comparación a la forma en que se les veía en el desayuno o comida, estos últimos bocados les provocaban un interesante disfrute. En una ocasión, Alberto me dijo que le gustaba mucho lo que le daban en la cena, pero siempre se quedaba con hambre. Emilio y Virginia también me lo hicieron saber así, y era lógico, después de ese último alimento no comían hasta las ocho de la mañana del día siguiente.

Los adultos mayores comían más despacio, parecía que ninguno de ellos quería recluirse en sus habitaciones después de cenar. La única que siempre era impaciente para regresar a su habitación era Virginia, quien en ninguna ocasión se detuvo a platicar con nadie más o hacia un esfuerzo bastante notable cuando una situación así ocurría. Los hombres se retiraban poco a poco; los que buscaban estar más tiempo en el exterior eran siempre Emilio y Alberto, a veces buscando que yo los encontrara y ponernos a platicar un rato más en el patio. Los

cuidadores para esta hora estaban ansiosos por salir, hacían sus cosas muy rápido: Mari, la de la lavandería, se apuraba a meter las últimas sábanas o colchas a los cuartos, las cocinas lavaban platos y recogían la cocina, los cuidadores hombres se movilizaban sin que yo los percibiera, para cuando me movía a otro espacio ya veía que los ancianos estaban en sus habitaciones. Las ancianas pocas veces se resistían a entrar en sus cuartos.

A las cinco de la tarde todos los ancianos ya tenían que estar en sus cuartos bajo llave. Aunque todavía era muy temprano para dormir, las ancianas, sobre todo, encontraban que hacer, pero esto sólo ocurría en el cuarto principal. A veces pasaba poco después de que las cuidadoras se iban y las veía jugando cartas, platicando y echándose risotadas. Los hombres ya estaban en sus cuartos y muchas veces los llegué a ver frente a la televisión hasta las siete de la noche; esto sólo ocurría con Alberto al principio de mi estancia, luego a Emilio, debido a su mejora, también gozó de este privilegio, aunque invariablemente después de cierta hora tenían que estar dentro de sus habitaciones. Sobre esta situación recibía muchas quejas. Por un lado, las mujeres comentaban que era muy temprano para meterse a dormir; los varones también decían este tipo de cosas, pero mucho más en relación a la libertad y la oportunidad de hacer otras cosas, más que por el hecho de dormir.

3.6 Problemas de vivir la vejez y las enfermedades en un asilo

En este punto, se intenta sugerir, las implicaciones desestructuradas y ventajosas de la vida en los asilos para los adultos mayores de acuerdo a los elementos visualizados en el trabajo de campo y a un análisis cercano a la experiencia asilar en general³⁸.

³⁸ En este punto no se abordan cada uno de los aspectos negativos de la vida cotidiana en el asilo, antes bien, se resaltarán aquellos que implican mayor interés por parte del residente y que se verbalizaron mucho más. Respecto a las ventajas, se intentan delinear algunos puntos a favor del asilo, pero en relación a las posibilidades sociales y económicas del interno, es decir, de acuerdo a lo que llegar a resolver para éste respecto al cuidado y atención.

Aunque los asilos representan una opción particularmente necesaria para cierto tipo de ancianos y son las familias quienes toman una posición definitoria de la situación de reclusión de sus parientes, existe la tendencia a no calificar tan negativamente la decisión casi siempre de los hijos, de tener a sus padres en una institución asilar. En las representaciones de los ancianos y ancianas existe un aparente diálogo con el adulto mayor en la que se percibe cierta aceptación de las dificultades irremediables que resultan de las discapacidades físicas y mentales de éstos. Esta aprobación posibilita la implementación de un escenario de cuidado continuo en donde su ausencia es más condenatoria que la búsqueda de la oferta de un servicio de atención especializada o semi especializada que es calificada negativamente por los ancianos.

A continuación intentaré exponer la serie de interrupciones que se materializan más en la experiencia asilar de acuerdo a la serie de postales que se mostraron más evidentes en la vida cotidiana del asilo.

Permisos, privilegios y castigos

Algunos elementos para comprender las acciones desplegadas hacia los internos que imposibilitan su capacidad de acción, es la forma en que se establece el mecanismo de permisos de situaciones que en otra circunstancia exterior, cualquier individuo podría cumplir por su cuenta.

La autoridad que merecen los funcionarios dentro del asilo, es una situación que deben sopesar los internos. El alcance de esta reglamentación incide primeramente en la obligación de hacer ciertas actividades sin la oportunidad de oponerse, al tiempo que se hace con grupos compactos de compañeros. En segundo lugar, como las reglas pueden llegar a ser difusas, casi cualquier miembro del equipo organizativo dentro del asilo puede comportarse con una especie de jerarquía e imponer ciertas actividades y sanciones sin defensa del residente. Así, toda la constitución de la vida asilar, gira para el anciano en torno

a los privilegios y sanciones que puede obtener de acuerdo a su comportamiento que, aunque son asumidas como un asunto individual para el adulto mayor, es la manera en que se organiza la institución total (Goffman, 2001).

Los adultos mayores en el asilo siempre juegan en estas dos posibilidades de trato. Quienes son más pasivos debido a su enfermedad o cansancio, no reciben tantos señalamientos y no hay consecuencia tan negativas, sin embargo, también suelen ser acusados de ensuciar demasiado su ropa por no poder haber controlado el esfínter. Los más posibilitados, tratan de no llamar la atención, pero siempre alguien logra montar un escenario que rompe con la calma. Hubo muchas veces en que las ancianas jugaron cartas y por alguna discusión entre éstas, las mandaron a sus habitaciones. También las solicitudes de cigarrillos o más café impusieron ciertas formas de trato de los cuidadores hacia estos ancianos o ancianas “más latosos”. En ese lugar, aparentemente no es posible cumplir ningún gusto de los internos. Una vez llevé chocolate en barra para hacerlo con leche, la idea original era dárselos a los internos al día siguiente en el desayuno. Finalmente este chocolate se lo tomaron los cuidadores, no obstante, Alberto notó lo que había traído. Mientras hacía mis constantes caminatas alrededor del patio, él me increpó y me dijo que quería un poco de chocolate para él. Yo accedí: fui a la cocina y le traje una barra. Al día siguiente las cocineras en particular se molestaron y me dijeron que no le diera más, que no estaba dentro de su dieta y que era mejor que ya no le prometiera cosas, que su comportamiento podría dispersarse si se seguían dando estos “premios”. Lo mismo pasó con Emilio, una tarde ya para el tercer mes de nuestros encuentros de charlas y entrevista, me comentó lo mucho que le gustaría fumar de vez en cuando y que si le podía llevar una cajetilla de cigarros. Con él fui me preví y decidí comentarlo con el enfermero el cual a su vez solicitaría a los pastores esta solicitud. La situación fue positiva para Emilio y más de tres veces le llevé sus cigarros.

Deficiencias en atención y tratamientos médicos

Como se abordó en el apartado de diagnóstico, la atención médica que las ancianas y ancianos reciben en el asilo no sólo es insuficiente, también es de mala calidad y no existe ni personal médico de planta calificado ni una estructura de atención profesional que de salida a las demandas de enfermedad y padecimientos de 49 ancianos. Las situaciones problemáticas se resuelven día a día y con el personal semi capacitado con el que cuenta el asilo.

Aunque es complicado medir cuan negativa es esta situación para la salud y mejora de los adultos mayores, sin duda la afectación sí puede distinguirse. Varios cuadros de enfermedad pudieron atenderse mejor, así como algunos servicios básicos de enfermería. Resultó complicado emocionalmente para mí visualizar todas estas escenas: Toña siendo trasladada hasta la enfermería con media pierna descubierta y una venda ya totalmente humedecida y percutida todavía con una actitud dócil y amable. Los cambios de vendajes solo se hacían una vez al día, si es que lo llegué a ver un par de veces. Toña tenía una amplia llaga en su pierna derecha que era curada de forma muy rudimentaria; a veces veía que le ponían *JabónZote* y volvían a poner la venda con muy poco cuidado. Toña permanecía en una de las camillas semidesnuda y llegaron a entrar los cuidadores hombres.

Otras situaciones que revelaban la poca planeación y estrategias a las contingencias de salud era cuando Benita o Chayo tenía ataques epilépticos. Cuando se presentaban estos eventos, los cuidadores reaccionaban con poca destreza; a veces se tardaban un par de minutos hasta que la primera se decidía a intervenir. Las ancianas lucían notablemente perturbadas, los demás ancianos desorientados aunque no demasiado. Los pastores jamás se percataban de los momentos exactos de estos episodios, no obstante, cuando se enteraban poco hacían para que la situación pudiera ser atendida de mejor manera. En una ocasión me tocó levantar a Benita, pues no había ninguna cuidadora cerca y

cuando llegaron hasta mí, no las observé tan preocupadas o con algún protocolo que atender debido al incidente. Otros accidentes por discusiones entre ancianos o descuido de éstos, tampoco eran valorados con emergencia, por el contrario, casi siempre se minimizaban y el asunto de la calma volvía a su sitio.

Este escenario siempre me pareció muy peligroso y falta de derechos para los residentes. Cualquier complicación de salud o accidente estaba sujeta a la inexperiencia de los trabajadores, a la suerte y a la buena voluntad. Apunto, que muchas veces estos tropiezos pudieron evitarse y el interno pudo tener una mejor calidad de vida y hasta en cierta medida, haber retrasado su muerte³⁹.

Intimidación, recreación y conflictos

Otra problemática asociada al encierro es la poca posibilidad de que los internos tengan un espacio propio donde resguardarse, tener silencio y privacidad. Aunque el espacio físico es amplio y existen lugares en donde los internos pueden tener relativa intimidad, la mayor parte del tiempo no es posible y cuando este asunto se da, es tan breve que los residentes tienden a exasperarse, moverse de lugar o regresar a sus habitaciones donde posiblemente encuentren a otro compañero o compañera, pero sin duda estarán más en silencio. Estar “a solas” y tener tiempo para sí mismos, es un asunto imposible. Los ancianos más desmejorados aunque pasan mucho más tiempo en soledad, no resulta de una rutina que ellos mismos hayan trabajado más bien es sólo una consecuencia del apartamiento que otros ancianos y ancianas con mejor estado de salud tienen respecto a ellos. Esta falta de distancia unos con otros o de privacidad, en muchas ocasiones tuvo relación con incidentes interpersonales en el asilo:

³⁹ Entre los meses de diciembre y enero, cinco ancianos fallecieron. Una de ellas era Toña, la anciana con llagas, pero también Vidal, un anciano que siempre estaba caminando alrededor del patio todo el día, y aunque las recomendaciones eran que no lo hiciera, las cuidadoras nunca se lo impidieron cabalmente. Esto me hizo pensar la manera en que se valoraba el estado de salud de los internos y que mecanismos para preservar la salud realmente se hacían cumplir.

VIRGINIA: *Ya se vino Francelia para acá...no la quieren en su cuarto es que en todo se está metiendo. Se vino a llorar, pero como no va a llorar si es bien metiche y metiéndose en problemas que si le echan agua al baño o no...y de un anillo que no le queda y no sé qué y todo eso... por eso se mete en problemas. No agarran la onda. Le digo, no te metas en lo que no te importa. Deja que hagan los que se les venga en gana.*

Otros ancianos y ancianas también tuvieron problemas entre ellos porque no respetaban el poco espacio personal del otro. Este era el caso de Andrea, quien siempre con una voz quisquillosa hablaba con todo mundo aunque éstos se encontraran reposando la comida y descansando los ojos o se dirigieran al baño o comedor con prisa. Estos eventos más de una vez causaron disputas y algunas veces la forma de tratarse uno a otro ya no fue la misma. De igual manera, Don Alberto manifestaba variados conflictos dentro de la estancia asilar con uno de los ancianos más problemáticos del asilo, Don Pablo.

ALBERTO: *Sí. Yo una vez me agarré con él. Pasé y me pendejeó. Y le dije: "Mira, wey, ¡conmigo no te metas y no me meto contigo porque si te ando partiendo la madre!". Ya ve que le habla mucho a aquél, al que anda de camisa... uno moreno también...Mayolo, que también siempre andan haciéndole segunda. Nombre, luego unos se me han acercado para que los deje salir. Me dicen que me dan dinero si las dejo salir. Eso me dijo una vez una que estuvo aquí, pero ya se murió.*

Imposibilidad real de salir

Otro elemento problemático del internamiento es la posibilidad de libertad que tienen los adultos mayores. Aunque para el residente siempre la situación de encierro va a implicar la búsqueda de libertad y será su fantasía y obsesión durante su estancia, lo cierto es que es legítima y hasta necesaria en algunos casos. No obstante la capacidad real de escape es difusa y poco probable. Debido

al diagnóstico o lo que los familiares suponen de la mejora de la atención de su anciano o anciana, es que es mucho más perjudicial que beneficiosa su libertad, pero esto realmente no lo podemos saber. Además, aunque aceptáramos que la situación fuera del asilo es problemática, poco se toman en consideración las necesidades, demandas y anhelos del adulto mayor para estar en su casa u otro lugar en donde siente y piensa que debe pasar sus últimos años de vida.

Este capítulo se interesó por describir el mundo de vida que los ancianos y ancianas tienen diariamente en el asilo. La intención fue dar a conocer a partir de los eventos cotidianos, la forma en que se da la vida en una institución aislada; en algunas ocasiones con fotografías estáticas: sujetos sumidos en una inmovilidad indiferente, rodeados por el silencio, con cuerpos condenados a una banca o una cama, pero en otras, con momentos de alta lucidez y actividad: se desplegaba la personalidad de unos sujetos sí envejecidos, pero que seguían buscando el contacto físico y emocional con otros en mejor condición que ellos. Querían interactuar, convivir, ser parte de una charla entre cuidadoras, contarme algo que se les había pasado decirme en las entrevistas, quejarse de alguna anomalía, pedirme un cigarro o que me sentara a su lado. No todos estaban tan impedidos físicamente como para imponerles quietud, eran personas perfectamente normales buscando la compañía de otro.

No obstante, la medicación y las rutinas cotidianas eran inalterables y las mismas generaban problemas diversos, como actitudes negligentes y crisis diversas entre los residentes, en gran medida por la poca preparación de las cuidadoras, pero en ocasiones al poco criterio, pues había situaciones que no requerían atención médica sino acompañamiento y algo de disposición. Si bien el asunto de la carga laboral de los cuidadores no fue abordado en este capítulo ni en el trabajo en general, sí es un aspecto sustancial de la forma en que los cuidadores llevan su trabajo a cabo. No es un empleo sencillo y en muchos no fue una elección profesional ni personal, sino una consecuencia de las pocas oportunidades de trabajo de la región.

Una parte importante de este capítulo, fue comprender qué clase de sujetos se encontraban asilados, por lo que me enfoqué en describir cada una de las características de los ancianos y ancianas residentes a fin de construir una especie de perfil. Este perfil me permitió analizar una cuestión que no había contemplado al momento de iniciar la investigación: que no cualquier adulto mayor ingresa en una institución asilar de este tipo⁴⁰ y por el contrario, aspectos como el rol de género desempeñado a lo largo de la vida, así como las relaciones familiares, resultaban fundamentales para indagar sobre las motivos de ingreso y permanencia.

Otro aspecto sustancial para comenzar el análisis de la situación asilar fue aproximarme a la carrera moral del sujeto, la cual reveló que, a partir de determinado diagnóstico médico, se iban edificando nuevas condiciones de vida y configurando nuevas posiciones correspondientes a la sintomatología y el tratamiento relativo a la enfermedad o enfermedades de los adultos mayores. Estos elementos biológicos del padecimiento produjeron cambios sociales y personales importantes, como el debilitamiento del rol social y la disminución de la capacidad de decisión, colocándolos en una posición vulnerable en relación a los miembros de su familia. De este modo, por decisión propia, asumiendo esta posición o poniendo en entredicho su situación actual, los ancianos terminan pasando sus pocos o muchos días de vida en un asilo sin posibilidad de salir.

Una parte de esta carrera también incluyó el estigma; proceso que se dio de manera doble, pues en muchos internos este dictado social estuvo presente gran parte de su vida y mucho antes de estar contenidos en una institución asilar. Dentro del asilo, el estigma se consolidó, tanto por el estado de vejez como por las enfermedades discapacitantes, que fueron en realidad, las que los orillaron a una situación de internamiento.

⁴⁰ Sería interesante conocer si este perfil de ingreso y permanencia se contrapone o es similar en ancianos residentes de asilos de otro estrato socioeconómico o de contexto urbano.

Asimismo, la relación que pude establecer con cada uno de los actores fue muy importante para adentrarme a la dinámica institucional, pues era necesario empatar mis intereses de investigación con una si no buena, suficiente empatía con los sujetos que diariamente convivíamos en el asilo. Esto afortunadamente se dio así, lo que posibilitó transitar libremente por cada uno de los espacios del asilo y platicar con diversos actores. Mi presencia no resultó conflictiva y muchas veces era beneficiosa para los ancianos y cuidadores, pues resulté ser una distracción importante y una persona con quien podían hablar de asuntos distintos a los que estaba acostumbrados.

La descripción de la vida asilar incluye aspectos negativos y también positivos del encierro, pues este escenario me mostró situaciones totalizantes de la vida de los sujetos que variaban pero que también encontraban convergencia en unos y otros internos.

De este primer grupo de aspectos puedo señalar los siguientes:

1. Los sujetos se encuentran acompañados y conviven con relativo éxito con otros ancianos y con algunos cuidadores.
2. El nivel de acompañamiento de los pastores podría ser calificado de adecuado y hay una preocupación latente por el bienestar de los adultos mayores, aunque más moral que operativa y de recursos materiales y/o humanos.
3. Los cuidadores cumplen con las actividades de cuidado y atención establecidas de acuerdo a horarios.
4. Los ancianos hacen tres comidas diarias y toman el baño diariamente.
5. Las visitas familiares fuera del asilo son permitidas y pueden recibir llamadas, aunque también a criterio del estado de salud del anciano (físico y mental) o si éste se ha comportado debidamente para recibir recados.

6. El espacio físico es apropiado; patio amplio, pasillos y corredores al aire libre; una cantidad de bancas, mesas y sillas adecuada pero no ergonómicas.
7. La ropa, así como sábanas, cobertores y otras prendas son lavadas diariamente.
8. La vigilancia y protección es adecuada para un contexto rural, pero podría ser frágil en un escenario urbano.

Los aspectos negativos del encierro los enumero de la siguiente manera:

1. El control excesivo de la vida de los ancianos. No hay posibilidad de que coman a distinta hora o se replantee el menú. Algunos ancianos se quedan con hambre. Pasan 13 horas dentro de sus habitaciones, las mismas horas que esperan entre la cena y el desayuno. Cuando reciben otros alimentos por parte de sus familiares no se los proporcionan. Puede decirse que el menú es adecuado en función de los problemas que los ancianos padecen, es decir, se les da atole para que no se les suelte el estómago o comen galletas con poca azúcar, sin embargo, no es atractivo y para algunos residentes no es suficiente, pues por tener más actividad física requerirían otra cantidad calórica.
2. Las llamadas se pasan a discreción y no fungen como un derecho del residente. Los familiares parecen no insistir en hablar con sus ancianos.
3. Las visitas se hacen por poco tiempo, no tanto por la disposición de los cuidadores o de los pastores mismos, sino por los familiares, los cuales buscan retirarse lo más pronto posible.
4. La privacidad de los residentes es nula en gran parte de los espacios de convivencia. La mayor parte del tiempo se encuentran acompañados por otros residentes o los cuidadores y no pueden tener un momento a solas, salvo en sus habitaciones y de manera parcial pues como mínimo, la comparten con dos ancianos o ancianas. El baño es el momento más frustrante y motivo de gran ansiedad para las mujeres, pues mientras

esperan su turno, son dos o tres ancianas las que se encuentran desnudas hasta que se les llame a entrar a la regadera. En el caso de los hombres que todavía se pueden valer por sí mismos, el acompañamiento de los cuidadores es poco frecuente. Para el caso de los sujetos impedidos, el baño es individual y se hace a discreción; pocas veces me percaté cuando éste se daba a diferencia del baño de las mujeres a las que por cierto, ubican en espacios de mayor tránsito en el asilo. Puede decirse que las mujeres son en general más violentadas en términos de privacidad.

5. La pérdida de autonomía y la prohibición de ciertos movimientos y hasta actitudes es más perceptible en las mujeres, pues tienden a ser las que más se rebelan. Los varones más enfermos sólo se repliegan en sus espacios de descanso y evitan la confrontación. Los varones menos impedidos se sienten capaces todavía de realizar con autonomía la mayor parte de las actividades cotidianas y en ocasiones quieren realizar otras como ayudar a la jardinería o la construcción, pero muchas de las veces se los impidieron.
6. La atención médica es deficiente. No hay médico de planta ni las recetas se surten adecuadamente. A veces el suministro de medicamentos depende de que los familiares lleven las medicinas. Si esta situación no se da, los pastores hacen un esfuerzo por comprar medicamentos similares o sustituir los fármacos con cajas de otros residentes. La atención en enfermería también es rudimentaria; las curaciones no se hacen con frecuencia y de la forma adecuada: las ancianas y ancianos no tienen privacidad ni higiene y pasan varios días entre una curación y otra, sobre todo en los casos de llagas.
7. No existe terapéutica alternativa; ni actividades físicas o lúdicas, ni la posible alta del residente una situación futura, esto en el caso de aquellos que no se encuentran tan envejecidos. Además, no tienen terapia psicológica o existe personal de trabajo social para otros asuntos sociales y administrativos que puedan mejorar su situación.

8. La violencia ejercida por parte de los cuidadores puede ser imperceptible desde el punto de vista físico, pero sí existen otras formas de ejecutarla, sobre todo desde el plano de la imposición de la etiqueta discapacitante y de estigma: ignorarlos, asumir que no entienden de lo que se habla, tratarlos como niños y hasta como macotas a los que sólo tienen obligación de alimentar y asear. La trayectoria de despersonalización propia del ingreso a una institución total y la reafirmación de la carrera moral, fueron las constantes en el asilo (Goffman, 2001).
9. Los familiares en general tienen poco interés por sus ancianos. Los visitan poco y como obligación, o no los visitan. Esta falta de atención promueve que se acepte el trato en el asilo, pues de otro modo “no tendrían a nadie” quien los cuidara y atendiera. Sólo el 10% de los asilados, durante mi estancia, fueron visitados.

El mayor detalle de todos estos fenómenos, pudo haber quedado limitado por el tiempo de observación, ya que no fue posible acceder a todos los espacios por una cantidad prolongada de tiempo, en primer lugar, porque había asuntos a observar más relevantes en lugares de mayor interacción y en segunda, porque percibí y se verbalizaron ciertas prohibiciones cuando permanecía mucho tiempo en las habitaciones de los residentes. Esta situación impidió hacer descripciones más precisas que pudieron haber revelado otros temas o incluso limitaron la cantidad de casos a exponer. Este obstáculo fue frustrante, pues pude haber dado más información, al menos de las prácticas, de todos los residentes de haber tenido la oportunidad. De igual modo, la constante vigilancia intencionada o no de los cuidadores me hizo perder lapsos de tiempo de observación, pues la plática en el desayuno, la comida o en los pasillos se hizo obligatoria. Tenía que pasar un tiempo considerable de convivencia con ellos, pues era la forma en la que podía obtener su confianza.

Pues yo me imagino que ya a los 58, 59 ya que esté para los 60, imagino que ya todo va cambiar para mí. Que cambiará todo de como era antes. Cuando me empecé a sentir más grande me empezó a preocupar de que, ¿de qué voy a vivir? Y también se me vino a la mente cómo me voy a vestir; cómo me voy a presentar ante los demás puesto que ya soy una persona mayor. ¿Cómo me voy a presentar?

-SILVIA

Capítulo 4

El sujeto envejecido: concepciones y experiencias de vejez y enfermedad.

Introducción

Este capítulo está interesado en abordar el material individual recabado en las sesiones de entrevista con los cinco informantes que participaron de esta investigación: Emilio, Virginia, Alberto, Silvia y Rosa. En el mismo, se recupera la voz y la experiencia de los participantes, los cuales fueron colaborando conmigo a lo largo de mi estancia de campo de manera diferenciada y disímil, estando unos más interesados en participar y en hablar de lo que pensaban y vivían cotidianamente en torno a la vejez y su enfermedad o enfermedades, y otros más ausentes y un tanto ajenos a la intención y posibilidades que podría tener la investigación, o de las propósitos que personalmente tendría yo con este proyecto.

En una ocasión, Virginia me dijo con una actitud muy desenfadada que, qué podría ganar yo con este trabajo; si me darían empleo o tendría alguna gratificación económica posterior. Su cuestionamiento era sin duda más una encomienda que una pregunta: que esto me sirviera más a mí que a ella, pues fueron Rosa, Silvia y ella misma, las que nunca insinuaron que el trabajo que hice con ellas les podría ayudar a salir o mejorar su situación dentro del asilo. Aunque esto responde al contexto de la investigación, es decir, en donde es común que en la región, y sobre todo en Nuevo León, las personas vean en cualquier actividad productiva o educativa la posibilidad de mejorar económicamente y ascender en la

escala social, también es cierto que las mujeres del estudio, aceptaron el devenir asilar con pasividad y si acaso recordando con nostalgia las relaciones afectivas que más les conmueven, pero no pronunciándose de forma explícita.

Un par de informantes no vislumbraban lo que podría pasar con su información y no les ocupaba mayor problema, aunque sí resultó importante para ellos en un momento del trabajo, que toda la información recabara algunos aspectos importantes de su vida, pero aún más, lo que sentían y experimentaban dentro del asilo, pues algunos pensaban que podría servir para mejorar su situación, sobre todo los varones.

Por ello, primero pretendo situar a la enfermedad como uno de los hitos que los sujetos envejecidos no sólo posicionan como crucial en la forma en que fueron modificando su percepción y prácticas individuales, de relaciones sociales, afectivas y de estilo de vida, también es un evento que ejecuta una serie de eventos y condiciona bajo cierto marco de posibilidades, la forma en que los ancianos y ancianas construyen un nuevo mundo de experiencias que los hace más proclives al cuidado, a la atención, la dependencia y al ingreso a instituciones asilares, de acuerdo a la trayectoria de vida y al tipo de relaciones sociales más inmediatas que fueron fomentando o desmantelando, así como la solidez de los recursos económicos que pudieron edificar a lo largo de su vida productiva.

En un segundo lugar, me interesa abordar, en términos generales, la perspectiva que los ancianos y ancianas tienen respecto a su internamiento. En este punto, me interesa exponer los principales temas que circularon en el discurso de los residentes, ayudándome de algunos casos prácticos que les ejemplifican. Entre estos temas se encuentran el ingreso, la permanencia, las rutinas, las comidas y la imposibilidad consciente o incomprensible de salir y del encierro en sí mismo.

Un tercer interés que se registra en el mundo que experimentan los internos y que se expresa en su narrativa, es el tema de la muerte. Aunque no fue un objetivo de

esta investigación, la mayoría de los residentes entrevistados se encuentran conmovidos por este tópico y aceptan estar un tanto más cercanos al final de su vida y la vida de sus compañeros. Por ello, también intento describir una serie de elementos discursivos y de acontecimientos que motivaron la discusión respecto a la representación sobre la muerte en el asilo.

Finalmente, abordo algunos breves aspectos de la biografía de las ancianas y ancianos entrevistados, así como los modos individuales de explicar su propia vejez y enfermedades, y cómo dentro de estos sucesos de vida y de prácticas asilares, se constituyen nociones individuales de relevancia colectiva respecto al proceso de envejecer, observado por ejemplo, en la lectura que los sujetos hacen de su inicio y lo que refieren sobre la experiencia de enfermar.

Respecto a la forma en que se trabajará el material, primero me ocuparé de analizar las experiencias de los informantes con menos edad y luego los más mayores. Esta decisión también cruza con el sexo de los informantes, pues los adultos mayores más jóvenes son los hombres y las más mayores, las mujeres. Esta decisión no dirigirá el análisis hacia el examen de las diferencias y particularidades de la experiencia de envejecer por el sexo de los actores, sin embargo, la coexistencia entre la edad y éste, será un elemento interesante a distinguir entre las experiencias específicas de envejecer.

Un rasgo recurrente de las historias que construyen los adultos mayores, es la forma en que relacionan negativamente la posición social que ocupan en su contexto más inmediato. Aunque gran parte de esta visión se genera y explica en relación a lo que los familiares aceptan y rechazan de la condición de sus padres o abuelos, la estructura social en que se anclan estas representaciones y las consecuencias que éstas tienen en la forma en que se trata y posiciona al adulto mayor, es un asunto construido, enraizado y bastante naturalizado en las sociedades respecto a lo que les significan las personas viejas.

La forma en que los ancianos y ancianas de este estudio asumen esta etapa de vida no dista mucho entre unos y otros, pero encontramos matices que versan entre la resiliencia, la tragedia y las expectativas de recuperación. Estos matices se adscriben de acuerdo a la trayectoria de vida y las enfermedades que les aquejan, no obstante, aunque no todos visualizan que su situación social antes del asilo en realidad haya estado basada en actitudes discriminatorias por parte de familiares y otros círculos sociales, sí se reconocen algunas transformaciones negativas, así como una distancia social importante de acuerdo a la vida que construyeron en su pasado. Aunque la trayectoria de vida de los sujetos ancianos se perciba exitosa, con mediana aceptación o desencanto por lo que llevaron a cabo o no hicieron, lo cierto es que en esta última etapa de la vida se entretajan aspectos muy concretos que los colocan en una situación desventajosa frente a otros grupos sociales.

4.1 Empezar a ser y sentirse viejo y experiencias particulares de envejecer y vivir la enfermedad. Referentes en la construcción de las nociones de vejez

En este apartado se explicitará la forma en que se organizó la información recabada con los adultos mayores, de acuerdo a algunos elementos que se fueron identificando en el discurso que fueron elaborando a lo largo del proceso de entrevista y otros espacios de comunicación.

Estos factores se sitúan en la posición actual que ocupa el sujeto como residente de una institución asilar, pero intenta reconstruir de manera retrospectiva, los primeros indicios, los cambios en la vida de los actores y los significados que los ancianos y ancianas construyen en relación a la vejez. Esta aproximación, intenta resaltar la racionalidad de las narrativas de los adultos mayores, las cuales expresan un proceso explicativo particular de cada individuo, es decir, se construye a partir de una dimensión mayormente empírica. Para Berger y Luckman (2003), el carácter de realidad que tiene la vida cotidiana se organiza a partir del “aquí” del cuerpo y del “ahora”, es decir, lo que es real en ese momento para los sujetos. De igual manera, como se ha abordado en capítulos anteriores,

la visión etnometodológica propone estudiar las características racionales que los miembros hacen *con* y hacen *de*, en ocasiones concretas y socialmente organizadas de sus usos como una forma reflexiva e interpretativa de ver la realidad (Garfinkel, 2006).

En este sentido, analíticamente se trabajaron tres grandes grupos que incluyen factores en los cuales se engloban lo que ancianos y ancianas determinan el inicio o toman conciencia de que están viejos. Estos factores incluyen cambios en la vida de los sujetos que se asumen tanto como un asunto vinculado a la biología del proceso de envejecimiento, es decir, los cambios físicos, así como otros aspectos subjetivos devenidos de los mismos. Asimismo, se presentan los cambios en las relaciones sociales de los sujetos como una elaboración que condensa las transformaciones de la vida de las personas ancianas en sus relaciones familiares, afectivas y laborales.

Finalmente, se enfatizarán con base a las particularidades de cada anciano y anciana, los elementos que revelan las transformaciones más importantes de acuerdo a la trayectoria de vejez que construyen en su relato.

Tabla 8. Cambios asociados a la vejez

Cambios físicos	Cambios en relaciones sociales	Cambios en la identidad
Entendidos como todos aquellos cambios que el sujeto percibe en su cuerpo debido proceso de envejecimiento biológico.	Incluidas las relaciones familiares y afectivas, pero también las relacionadas con la vida productiva o laboral del anciano o anciana.	Como los cambios en particularidades que resaltan los sujetos en sus intereses personales, y que pueden derivarse de los cambios físicos y las relaciones sociales de acuerdo a la posición que comenzaron a ocupar en el proceso de envejecer y enfermar.

Fuente: Elaboración propia

Desde la discusión teórica, se hará mención de los principales paradigmas en torno a la conceptualización de la vejez y el envejecimiento, los cuales sirven no sólo como referente para los trabajos que se dedican al estudio de este grupo social, también fungieron como punto de partida explicativo para los sujetos en algunas partes del material que recogimos juntos.

Los dos ejes analíticos que discutirán en este apartado serán por un lado, la discusión en torno a los paradigmas que explican el proceso de envejecimiento, es decir, el envejecimiento normal como el discurso más recurrente y tradicional en la definición y expectativa de la propia vejez y la de otros y el envejecimiento activo, exitoso u óptimo, como la tendencia más deseable y abanderada por muchos espacios que se dedican al análisis de la situación de los ancianos y ancianas.

El envejecimiento normal está cargado de mitos y estereotipos como base; se espera de esta etapa incapacidad y dependencia, de tal manera que los sujetos esperan verse de este modo y es difícil que otras formas de llegar y vivir este proceso sean positivas. En los estudios sobre vejez, estos prejuicios han sido establecidos a partir de dos conceptualizaciones importantes: el edadismo de Montoro (1998) y Palmore (1999) citado en Triadó y Villar (2006); y el viejismo, una relativamente reciente categoría que se contrapone con el paradigma actual en los estudios sobre vejez: el envejecimiento activo.

El envejecimiento activo, ha tenido a lo largo del tiempo múltiples definiciones. Por un lado, es una aspiración que apuesta por un proceso que se caracterice por tener ausencia de enfermedades, satisfacción con la vida, autonomía, productividad, participación y contar con los recursos suficientes para una vida satisfactoria. Es decir, estos aspectos circulan tanto desde el plano de la biología propia del proceso así como también del bienestar subjetivo y hasta de elementos económicos que protejan a los ancianos de futuros gastos respecto a las enfermedades que padezcan.

Aunque esta aspiración es legítima, positiva y necesaria, también es cierto que en ciertos contextos, es una pretensión irreal, que se aleja de los condicionantes socioculturales y el panorama presente y venidero de la población vieja. Este discurso, si bien intenta mejorar las condiciones de vida de los viejos a través del establecimiento de ciertos objetivos, no opera en función de las condicionantes estructurales y subjetivas de los adultos mayores, los cuales representan un panorama del envejecimiento que sobrepasa estas intenciones, esto es, que poco se dice de las condiciones de vida, de cómo viven actualmente y lo que se espera acontezca con los viejos en próximas décadas, de acuerdo a los insumos en salud y otras proyecciones de esta índole.

4. 2 La enfermedad como ruptura biográfica

El estudio de la enfermedad desde un abordaje socioantropológico, sugiere el distanciamiento con el modelo biomédico dominante, en donde la enfermedad es explicable en términos de desviaciones y estándares de medición en el espectro somático. No obstante, esta mirada no permite observar el terreno social, psicológico y conductual de las enfermedades (Engel, 1977 citado en Fitzpatrick, 1990). De este modo, la enfermedad en los sujetos es un evento que trasciende la explicación clínica y el tratamiento posterior; antes bien, el diagnóstico médico es un elemento desencadenador de la carrera del paciente y reestructurante de la vida de los sujetos. La enfermedad así, instalándose en la dimensión cotidiana y personal de las personas, transforma el valor personal y las relaciones sociales de los individuos a grado tal, que en el caso de los residentes de esta institución asilar, funge como motivo para el internamiento y la permanencia; el sujeto se disminuye y acepta este nuevo rol en el asilo como anciano y enfermo.

Para Charmaz (1983), la constitución y los cambios del *self* de los sujetos que padecen enfermedades crónicas es revelado y mantenido a través de relaciones sociales y es a partir de la perspectiva del interaccionismo simbólico que se

pueden identificar toda serie de cambios en el autoconcepto y el *self* a través del ciclo de vida de los sujetos. La autora también plantea las características que acompañan a los sujetos que padecen enfermedades crónicas, de las cuales retomo algunas.

- a) La experiencia de la enfermedad crónica va construyendo identidad a través del tiempo.
- b) La enfermedad crónica se convierte en el foco de la vida en los sujetos gracias a los regímenes de tratamiento, las citas médicas y toda la serie de actividades cotidianas recomendadas. Estas restricciones le recuerdan constantemente al sujeto que su libertad ha disminuido y que repercuten en la pérdida del *self*.
- c) La experiencia de desacreditación, ser ignorado, eventos penosos debido a la experiencia de la enfermedad crónica también contribuyen a generar un sentimiento de aislamiento y a desgastar el *self*.

La interrupción biográfica (Bury, 1982, citado en Luxardo y Alonso, 2009) también es una noción interesante para comprender las transformaciones que sufren los individuos a consecuencia de un padecimiento crónico. Esta interrupción puede ser provisional o definitiva y refiere a la forma en que estos eventos, modifican sustancialmente la forma de vida que tenían los sujetos antes de padecerlos con el momento presente.

En el caso de los sujetos asilados, esta situación es más que representativa, pues es a través de la observación de los casos, en donde se hace evidente que la enfermedad irrumpió de forma definitiva la vida de los ancianos y ancianas en plenitud o en aquellos en construcción. Los padecimientos de tipo crónico, en todos los casos que se citarán, fueron determinantes en las transformaciones de su vida, y es de hecho esta narrativa del comienzo y la trayectoria de enfermedad, la que les significa los más sensibles sentimientos de pesadumbre, pensamientos

desafiantes o de revancha y nostalgia, los cuales funcionan como una explicación coherente de los cambios en la vida personal, social y afectiva.

4.3 Alberto: Ya no pudo trabajar.

Los cambios físicos

Don Alberto

- Tiene 55 años. Nació en Monterrey, N.L. Es casado y llegó al asilo Sinaí de común acuerdo con su esposa. Estudió para dibujo industrial. Está internado desde diciembre del 2010. Tiene una cirugía maxilo facial y dos placas de platino en el pómulo izquierdo hasta el maxilar superior. Según su expediente, padece obesidad y es comedor compulsivo. Está diagnosticado con trastorno mental orgánico secuela del traumatismo craneoencefálico por exposición de masa por nariz, y anosmia. Es un hombre alto y robusto; tiene piel clara y pelo ligeramente largo y en color café oscuro, se le observan muy pocas canas y le faltan algunos dientes, supongo a razón del accidente automovilístico que sufrió. En el asilo suele usar jeans, playeras y tenis blancos. Nunca lo he visto sin una gorra azul o roja.

Comencé a hablar con Don Alberto por coincidencia. El primer contacto que tuve con él fue cuando me abrió el portón de la entrada al asilo el primer día en el que llegué. Eran cerca de las nueve de la noche y estaban la mayor parte de las luces del asilo apagadas; sólo se veían un par de faroles de pared encendidos: los de la entrada de la habitación de los pastores y algunos del corredor derecho. Cuando me abrió el portón, pensé inmediatamente que era un trabajador de ahí, pues no creía que un anciano me pudiera abrir la puerta y menos estuviera afuera a esas horas, además su edad no me daba pinta de que fuera un residente.

Después de ese breve encuentro, en los días subsecuentes en el asilo su presencia no llamaba tanto mi atención. De hecho, mi aproximación con él tardó más en comparación con otros residentes, quizá porque creía que podría hacerlo

en cualquier momento; su estado de salud presentaba características mucho más benevolentes con él que con el resto del grupo y esa era una razón suficiente para dedicarme a trabajar con aquellos que podrían necesitar más tiempo.

Cuando le solicité hablar conmigo, Alberto se veía algo nervioso y expectante. De hecho parecía que ya estaba buscando que yo le encontrara y le solicitara una conversación. Días antes lo había visto observarme hablar con Emilio (otro informante) y siempre entre todos los arbustos que adornaban el asilo, encontraba su amistosa y penosa mirada. Cuando me acerqué al área donde se encontraba la televisión y le comenté que quería hablar con él y hacerle unas preguntas, de inmediato me dijo “¿Por qué no habías venido antes?” Le dije que la intención era hablar con la mayor cantidad de ancianos y ancianas posibles, y que por supuesto lo tenía más que considerado, pero que otros adultos me habían entretenido y por eso no había podido hablar con él.

Luego de presentarme muy brevemente y plantearle algunos asuntos de mi intención investigativa, bajó su nivel de ansiedad y se relajó mucho más hasta llegar a preguntarme bien a bien lo que estaba buscando de mi trabajo y en qué, en realidad, él podía contribuir. Fui mucho más explícita con Don Alberto que con el resto. Por este primer encuentro y las referencias que había tenido de él de las semanas anteriores, consideraba que podría entenderme mucho más que otros posibles informantes.

Con Alberto, no tuve mayor problema en comunicarme. A sus 55, todavía era un hombre capaz de hablarme con coherencia, de hecho siempre buscaba explicarme mucho más lo que me decía y en repetidas ocasiones me interrogaba sobre si había entendido lo que me quería decir; yo asentía pero en ocasiones también volvíamos a las mismas preguntas para corroborar la información. Él tenía un interés genuino en que cada detalle que me contaba era el preciso. Uno de los motivos que generaron más interés en querer colaborar conmigo era el producto escrito que iba a terminar siendo lo que yo platicara con él. Aunque fui clara

diciendo en que sus datos personales iban a ser modificados, él tenía mucho más entusiasmo en saber que lo que me decía iba a quedar plasmado en un texto.

El día que entrevisté a Don Alberto fue el jueves 18 de septiembre. El mismo día que hablé por primera vez con él pero después del horario de comida de los internos y la mía. Yo solía comer con los cuidadores de media hora a cuarenta y cinco minutos después que los ancianos y que el comedor queda parcialmente recogido. Le dije a Don Alberto que habláramos como a las dos de la tarde. Estuvo de acuerdo.

A la hora pactada, nos sentamos él en una de las bancas que se encuentran replegadas a uno de los cuartos donde duerme Dalila, la cuidadora que se queda a dormir por la noche, yo por mi parte decidí acercar una silla de forja que se encuentra justo frente a la entrada del asilo. Esas bancas ocasionalmente son usadas por los internos, pues se encuentran en un área en donde no hay ningún tipo de techo y el sol y calor después de medio día son insoportables. En ese momento a mi me daba el sol en la espalda, Don Alberto se encontraba protegido por el corredor y sólo le alcanzaba a rosar la resolana. De todas maneras proseguí con el proceso de entrevista. Era mi primera intervención y quería comenzar cuanto antes, por lo que minimicé la molestia que me causaba en ese momento el sol y el calor.

¿Yo soy viejo?

Preguntándole a Don Alberto sobre a qué edad empezó a sentirse viejo, con una sonrisa nerviosa, volvió su mirada a la mía un poco desconcertado. Me percaté de inmediato que la vejez no estaba precisamente en la idea de sí mismo, por lo que volví a cuestionarle con algunas viñetas sobre el concepto, acerca de algunas posibilidades que encarnan la situación de vejez. Luego de un par de ejemplos que le lancé, de inmediato reconoció algunos cambios en su vida en los últimos años.

Ah... pues, mire. Es que a mí me gustaba mucho jugar futbol. Juagaba como tres veces por semana; pero sí fue después del accidente que ya no pude. Ahí por donde yo vivía hay unas chanchas, unas pobrecillas, pero los del trabajo nos íbamos a jugar. Los miércoles, viernes y domingos. Nombre, ¡a todo dar! Ahí me desestresaba pero luego ya me empezaron a doler las rodillas, pues ya la edad y todo, y pues por el peso, pues duelen más. Este, pues yo creo que puede ser ahí que me empecé a sentir grande.

Don Alberto no ubica una edad específica en que podría asegurarse entrar a la vejez. Hasta el momento de la entrevista con él, no mostraba preocupación por esto. Cuando le cuestioné acerca de la edad en la que él pensaba se entraba a la edad adulta mayor me comentó que eran los “60 y tantos”, pero que casi no pensaba en eso, que se sentía física y mentalmente capaz todavía. La vejez para él es un asunto muy lejano que no le ocupó mayor interés. Sin embargo, en realidad Don Alberto sí tiene un referente en torno a la vejez y es en relación a sus padres.

(...) también estoy pensando en mi papá, que ya está bien viejo, que tiene 85, 87 años, ya está bien viejito y ya se la había paralizado la mitad del cuerpo, no le funcionaba; ya se hacía del baño del dos en la cama, le ponían pañal y mi hermana es la que se hacía cargo de él en la casa. Lo cambiaban y luego nombre, tienen un mugrero ahí de sucio en la casa, porque tiene muchas refacciones de carro, aceite; mucho, hay mucho, muchas cajas de que tienen refacciones y herramientas. También nomás cabe una cama y ahí se acostaban también mi mamá cuando estaba, que en paz descansa, y mi mamá con él, ahí se acostaban los dos en el mismo lugar. Cómo lo han de haber pasado en la noche, y me pongo a pensar, que ya no tarda en fallecer mi papá...

En los encuentros subsecuentes, Don Alberto hizo más consiente su situación de vejez. En realidad, yo misma no lo asumía como una persona entrada en años. No obstante, la situación que experimentaron sus padres y la comparación que hacía todavía en los primeros encuentros con él respecto a otros viejos en encierro revelaron para él otros aspectos de su yo situado, en realidad, en la etapa anterior a la de la pre-vejez⁴¹. De sus propias representaciones antes del asilo, encontré que tenía una idea muy clara de lo que era un viejo y la vejez, es decir, una persona disminuida en sus capacidades y funciones, con una edad más elevada que la que él tenía. Sus referentes estaban colocados en el discurso del envejecimiento normal.

Aunque el contexto sociocultural en el que Don Alberto se siente identificado, participa de una vejez trágica y lejana, y son aspectos importantes para comprender las características que él mismo ve reflejadas en su vida, en este caso como contraposición de lo que él observa de su vejez, todos estos criterios objetivos y subjetivos son importantes para transformar la visión cerrada al cambio que persiste en nuestra sociedad, "...la visión y sistema de valores de las propias personas mayores (evita) así posibles intentos de imponer una sociedad estandarizada y basada en contenidos y metas establecidas por una minoría supuestamente experta" (2006: 28).

Luego de varios encuentros con Alberto, y cuestionándole acerca de lo que él pensaba acerca de envejecer, era enfático en mencionar que no se veía reflejado en la situación ni en la que se encontraron sus papás, como otras personas en el asilo o cercanas a él.

Yo no creo que vaya a ponerme así, por eso me estoy cuidando. Estoy a dieta. No me veo así... Pues como yo no me siento tan grande, pues a

⁴¹ CONAPO, sitúa la etapa de la pre-vejez entre los 60 y 64 años <http://www.conapo.gob.mx/>

veces uno se queda pensando en que va a terminar así. ¿Si se fija que la mayoría están malos?

Sin embargo, sí eran muchos los problemas de salud que aquejaban a Don Alberto y ciertamente tenía una opinión de el estado en el que se encontraba que jugaba siempre entre la realidad y la ficción. Cuando le cuestioné acerca de los aspectos que él relacionaba con la vejez, mencionaba la edad, el cansancio y las enfermedades, pero siempre en referencia a casos cercanos a él; ni en caso hipotético él se aceptaba viejo o se imaginaba en una situación como la que pasaron sus padres o pasan los ancianos en general en el asilo. Una vez que era más enfática en mis preguntas y le solicitaba describir su estado de salud, confiado decía que estaba bastante bien.

Pese a que padece un número de enfermedades importantes, percibe su salud como buena en general. No obstante, al final de mis charlas con él, un poco preocupado, me confesó que empezó a batallar para orinar y le dolía severamente el vientre. La situación pareció preocuparle mucho más, trataba de moverse y hasta realizaba más actividades físicas en el asilo para que se hiciese mejor la digestión. Ya no pude conocer finalmente si logró ir con un médico o si su familia atendió esta demanda, pues buscaba que ellos buscaran la manera de llevarlo a revisar.

Cambios sociales y afectivos

Para don Alberto, los cambios sociales y afectivos no se dieron precisamente al comienzo de determinada edad o por un proceso de envejecimiento que le marcara dichos cambios de conducta, antes bien, lo que ha sido transformacional en la vida cotidiana es la enfermedad consecuencia del accidente de auto que tuvo. En primera instancia, toda esta serie de cambios se dieron en el espacio doméstico con las tareas de hogar:

Yo le entraba a todo, a la mezcla, a poner esto y mijo me ayudaba y la pasábamos a todo dar. Mi esposa me decía, "Pito, ya deja, ahí" Vente a comer. Pero yo le entraba a todo. Después pues ya no podía seguir porque como le dije se me iba la mente en ratos. Estaba con la pala, o ahí conmigo y no podía seguir.

Otro espacio social en el que Don Alberto ha sentido el cambio en su vida a partir del accidente y las enfermedades es en la situación laboral:

...aunque si he manejado ahí por la casa cuando he llegado a ir al seguro, salidas o mi esposa y yo vamos, o ella se lleva la camioneta o yo me llevo la camioneta; pero yo siento que ya no soy el mismo de antes. O sea, estoy como que me quedé un poco escamado y por eso también me dijeron por eso cuando del trabajo que ya no me mandaran a trabajos fuera. Que me dieran trabajos de oficina. Y por eso me mandan a la central de radio de noche y a mí me sacaron de onda, ¡ah canijo!... Si sentía que necesitaba descansar, pero si extraño ser supervisor y me gustaba mucho; eh, coordinar, acompañar, custodiar personas con dinero, porque me daban una pistola grande nueve milímetros, nuevecita estaba la pistola. No, es que creen que uno es pendejo. Pero pues yo sé que todavía podría trabajar, o sea en algo que no sea de manejar; otra cosa. Todavía creo que sí podría, algo de supervisar, no sé. En una tienda. Manejar no. O sea sí se me va la onda, pero todavía puedo.

En el caso afectivo, no es muy visible la forma en que la vejez o la enfermedad ejercieron cambios sustanciales en la vida de Don Alberto, sin embargo, la forma positiva en que supone el papel que desempeñó como padre y esposo son bastante notables, aunque las historias que circulaban en torno a él por parte de cuidadores y pastores se contraponían este discurso. No obstante, nunca me propuse a comprobar esos comentarios, pues de todas maneras era una forma de recordar, describir a su familia y exponer las relaciones que tenía con ellos

estando él dentro de la institución. Verdad o mentira, era su manera de racionalizar la vejez y su enfermedad en el encierro, resultaba hasta terapéutico.

Mi hijo estudió psicología, pero no terminó. Y pues yo le digo que acabe. Nomás le faltan dos semestres, no es nada, pero a ver. Trabaja en el seguro y este...no de lo que estudió; es intendente de ahí. Le dije que acabara, la última vez que vino. Pues es que qué son dos semestres, ¿verdad? Mi esposa es enfermera del seguro y por eso lo metió ahí. Le digo yo que le eche ganas y que ahí vaya subiendo, ¿verdad? Pues como sea está joven mijo y todavía puede escalar. No que uno que ya no. Mi gorda tiene 52. Yo siempre le decía a mi gorda que le insistiera al muchacho, que siguiera estudiando, que le echara para tener un puesto. Ya sabe usted cómo están las cosas ahora. Ojalá Dios quiera y siga avanzando. Eso es lo que espero.

Cuando le cuestioné acerca de quién o quiénes habían tomado la decisión de asilarlo, me dijo que entre su esposa y él así lo habían decidido, que ya necesitaba descansar.

Entre mi esposa y yo. Los dos tomamos la decisión. Le dije a mi gorda que necesitaba descansar. Al principio nomás había pensado quedarme unos dos o tres meses, y mire, ya tengo casi los 4 años aquí. Los dos lo hablamos y pues yo tenía mi pensión y todo y teníamos que pagar dos mil-tres mil pesos, pues ya me quedé...

4.4 Emilio: Su esquizofrenia crónica.

Los cambios físicos

EMILIO

- Emilio, es un hombre de 55 años. Él es originario del municipio de Cadereyta, Nuevo León. Tiene un año y medio en el asilo. Está diagnosticado con esquizofrenia crónica controlada. Es casado, aunque al momento del ingreso su estatus era de separado; tiene una hija de 18 años y sus hermanos menores fueron quienes lo ingresaron al asilo. No mantiene contacto con la esposa la cual también padece una enfermedad mental. Según las entrevistas, su esposa y él se conocieron en la clínica 17 del IMSS, una institución pública que también trata a enfermos mentales. Emilio pasó gran parte de su vida en esta clínica y en otras. Nunca tuvo un trabajo fijo debido a su enfermedad, pero logró tener ingresos para comprar una casa y solventar los gastos de su familia.

A Emilio fue el primero interno con el que hablé en el asilo. El mismo día en que llegué tuvo interés en acercarme y hablar conmigo. Se presentó nervioso pero muy entusiasmado. Las trabajadoras y los demás internos observaban nuestra primera interacción. Me preguntó cómo me llamaba y lo que iba a hacer ahí. Pronto le respondí, aunque me sentí un poco intimidada al principio. Confieso que intuí que padecía alguna enfermedad de tipo mental, pues su acercamiento, su amabilidad y su ansiedad para aproximarse a mí no me parecieron muy normales o típicas. La situación no me incomodó luego, pues sabía que sólo así podía conseguir la mayor cantidad de información.

Aunque nunca pensé trabajar con ancianos o ancianas que tuvieran una enfermedad de este tipo, pues pensaba que carecía de las habilidades psicológicas para tratar algo así, sí creía que podría sobrellevarlo de la mejor manera. De todos modos este “impedimento psiquiátrico”, era parte de la vida cotidiana del sujeto quien la padece, así que fui hilvanando estrategias que

generaran confianza y empatía para llegar a comprender las muchas cosas inconexas y a veces delirantes que me llegó a decir.

Estas estrategias estaban referidas primeramente a escuchar con atención lo que me estaba diciendo, y aunque muchas veces era complicado, también participaba de éstas completando o reafirmando la idea que él me quería decir. En ocasiones debatíamos sobre algunos temas en los que no estábamos de acuerdo, sobre todo acerca de cuestiones de pareja y proyecto de vida, pues él tenía una idea clara de lo que el proyecto final de la vida de una mujer era el matrimonio y luego ser madre. Fuera de esto, siempre encontramos buenos momentos para hablar. La mayoría de las veces Emilio me buscaba afuera de mi cuarto o yo me sentaba en alguna banca y él se me acercaba. Cuando estaba con los cuidadores o hablando con otro anciano o anciana también solicitaba hablar conmigo. Admito que en promedio le di más tiempo a él que a otros, quizá porque sabía que sus narraciones iban a estar no menos que dispersas. Además, tenía un notorio interés en escucharlo pues siempre me sorprendía con alguna anotación sobre sí mismo, su familia o la gente con la que convivía en el asilo. Algunas cosas que pude platicar con él, sobre todo relacionadas con la enfermedad, serán abordadas en otra sección, sin embargo, tampoco serán tan narrativamente explícitas pues un obstáculo metodológico con este informante fue estudiar con detenimiento las consecuencias de los síntomas y todo el complejo cuadro clínico de la enfermedad.

Al igual que Don Alberto, para Emilio la edad sí resultó un factor fundamental para que la percepción de la propia vejez tenga bastante distancia de la realidad inmediata del sujeto. Para él la vejez no le ocupa otro interés más que como una imagen construida en la desdicha de los otros.

No pues, viejo, viejo yo no me siento. Si ve, los demás cómo andan, cómo están. La cosa es mi enfermedad. O bueno, ya viendo así, pues ya ve, mis dientes cómo están, pero por el medicamento y eso, pero también pues los

familiares por ejemplo de “Buelo” (un residente de 88 años que siempre le acompañaba). ¿Por qué no se encargan ellos de cuidarlos? Pobrecitos. Oye, ya los regañan por todo. Ahí está paradillo mira...es un ser humano... Somos humanos. Merecemos derechos, respetos, cuidado.

Cuando habla de sí mismo, Emilio siempre lo hace en referencia a quienes comparte el espacio asilar. La imagen que tiene de la vejez en relación a sus padres es bastante secundaria y más bien negada. Los recuerdos en torno a sus padres envejecidos son positivos, en añoranza y respeto; como un apoyo emocional y económico importante en su vida, por lo que otros aspectos físicos o de deterioro no son consientes al menos en lo que el sujeto trata de explicar. No habla negativamente de ellos, ni reveló características físicas con las cuales él haya creído los hubieran limitado física o mentalmente. Tampoco evoca que éstos hayan padecido enfermedades que los postraran o entorpecieran. La memoria que tiene de sus padres fue mucho más positiva que negativa, en gran medida porque gran parte de su vida dependió de cuidado y atención por la enfermedad.

Si llega uno a una edad en la que ya. Como estas personas (Señala al señor Vidal). Mira, tantas personas que llegan a los cientos y feria bien pero para comprenderlas, para entenderlas. No hay quien se interese...

Mi papá me decía: “levántate mijo”. Pero nunca me forzó a nada. Siempre me ayudó. Mi mamá también, ¿cómo sacaba? Quién sabe cómo. Cuando me perdía. Que me iba a no sé dónde, me bajaba del camión y veía a mi papá que estaba luchando y que sufría y que yo no podía hacer nada... y o sea, se me vienen otras cosas que pasaron cuando era niño que se me vienen a la mente de ¿por qué?, de que, ¡¿por qué?!...

Para él la vejez es cuestión de la edad. Decía que las personas ya viejas eran las que tenían más de 70 años “ellos ya están más viejitos, como todos los que están aquí. Bueno, casi todos”. La vejez la relacionaba como la etapa final de la vida de las personas. “Ya ahí no hay marcha atrás”. Para él era importante este marcador

del paso a una edad adulta a una mayor siempre en relación al encierro en el asilo pues quería vivir una vejez fuera de un lugar como en el que se encontraba.

Me decía mi mamá; mi papá decía, pase lo que pase, tiene que pasar... ¿y cómo sientes tú? Le decía a mi papá, no pues, dios te va dando lo que va pasando, y así estoy sintiendo yo como él me decía, ya no pienso ya tanto en que mis hermanos se van a morir, me voy a quedar solo y o sea, ya no me abrume yo solo, y no, pues paciencia nomás. No pues ellos están trabajando bien... tienen su buen negocio, yo quiero salir libre ya sin medicamentos, como una persona libre...

“¿Entonces no se siente viejo?” le preguntaba, y me decía que no. Siempre abandonaba el tema y comenzaba a hablar de los otros y no de lo que él percibía de su edad actual o lo que esperaba de esta etapa. Lo que él pensaba era que tenía mucho tiempo todavía por delante. Que la enfermedad que lo aquejó toda su vida lo paralizó, le impidió vivir una vida normal. En realidad tenía expectativas bastante altas acerca de la vida que podría tener afuera, todavía como un adulto capaz y por encima de las expectativas que la sociedad le impone a una persona que tienen una enfermedad como la de él. La imagen de una vejez negativa, no le funcionaba como escenario en el cual proyectarse, pues en realidad tenía una imagen esperanzadora de su vida una vez fuera.

Una de las cosas más interesantes que viví entrevistando a Don Emilio, fueron las cosas que enlazaba con su vida personal, su enfermedad, la vejez y hasta las creencias. Muchas veces no sabía cómo ordenar lo que me decía, pero dentro de ese desvarío y cosas inconexas, encontré material narrativo muy interesante que también revela el estado en que se encuentran las personas en instituciones asilares o psiquiátricas y la manera en que la familia pocas veces sabe sobrellevar una situación así.

Sí. Cuando yo me perdí, yo me convertí en un viejito, yo sentí. Pero nadie me comprendió. Me dice mi hermano: “vete de semillero, vete de lo otro”... Yo quiero trabajar. Ahora que estaba fuera de programación o afuera. A veces me levantaba a las tres o 5 de la tarde y estaba a destiempo. Prendía los focos, los apagaba, me metía por la ventana. Pero siempre rezaba. Siempre rezo tres padres nuestros y tres aves marías. Y me dice el que vino: “yo soy cristiano”. Y bueno, yo le dije, a mi me gusta ir a todo, porque entre comillas, no sabemos cuál es la buena...

Los cambios sociales y afectivos

Para el caso de Emilio, los cambios sociales y afectivos percibidos, se desdibujaron debido principalmente a la trayectoria de enfermedad psiquiátrica que ha padecido gran parte de su vida. La enfermedad es en sí, la causa de la imposibilidad social en varios aspectos de su vida, como en temas laborales y otras situaciones recreativas, pero no así en la percepción de los lazos afectivos, de los cuales pudo gozar a pesar de estar impedido mentalmente. No obstante, es ahora en la condición de encierro, que ve más visibles estos dos espacios, en donde tratando de recuperarse de un diagnóstico mental, se asume en la posibilidad de rehacer sus lazos perdidos, aunque éstos aún antes del asilamiento estaban un tanto endeblados.

4.5 Silvia: Su depresión post parto y vejez en encierro

SILVIA

- Silvia es una mujer de 56 años y originaria de Parras, Coahuila, pero ha vivido gran parte de su vida en el municipio de Santiago, Nuevo León. Es madre soltera y tiene una hija de 27 años. Estudió secretariado bilingüe y trabajó gran parte de su vida en la librería del TEC de Monterrey y en el Colegio Panamericano. Sin embargo, debido a su enfermedad ya no pudo continuar haciéndolo; fue debido a una depresión post parto no

diagnosticada y tratada a tiempo que comenzó a incapacitarse. Este estado le provocó severos episodios depresivos hasta que finalmente fue diagnosticada con trastorno bipolar y luego esquizofrenia. También padece de bulimia y anorexia.

Silvia tenía apenas un mes de ingreso en el asilo cuando le entrevisté. Al principio no tenía la intención de hablar con ella, pues el interés principal del estudio era tener información de internos que tuviera un tiempo más o menos considerable en el asilo. Luego reorienté mi preocupación y me di cuenta que Silvia podría darme información relevante, no sólo por su recién ingreso, también por las características en las cuales vivió y está viviendo ahora el proceso de vejez. Al final, el tiempo de reclusión realmente no era un obstáculo para los objetivos, pues aunque tenía poco tiempo en la institución, ya formaba parte de ella, se había integrado y participaba de las dinámicas y reglas asilares, así que me decidí a entrevistarla.

Silvia es una mujer de estatura media, delgada y con cabello medio cano. Siempre vestía pants holgados, sudaderas un poco más al cuerpo y pantuflas o sandalias con calcetas debajo. Con Silvia fue bastante sencillo trabajar, pues a diferencia de los hombres y las demás mujeres, ella se encontraba bastante lúcida y depuesta a ayudarme. Fue bastante certera y concisa con las respuestas a mis preguntas y me gustó mucho trabajar con ella. Desde que ingresó al asilo, siempre la encontraba caminando de un lugar a otro: los pasillos, el comedor y la cocina siempre eran los sitios en donde pasaba el día; sólo se le veía sentada cuando era la hora de comer y dormir. Caminaba con paso apurado y siempre con un cigarrillo: cada día tenía derecho a tres. Las tazas de café también siempre fueron sus aliadas, por el mes de noviembre siempre le fueron bastante útiles para mitigar el frío y la ansiedad. Muchas veces se dirigió a la cocina a solicitar más tazas de café o le calentaran la que ya traía, y aunque no lo hizo muchas veces, también llegó a solicitar otro cigarro, pero le era negado.

Los cambios físicos

Al principio de la sesión de entrevista, Silvia y yo hablábamos en sentido hipotético, pues si bien estaba por entrar al rango de edad adulta mayor no se consideraba como tal. Luego que avanzamos en las sesiones ya se posicionaba como una persona entrada en años, aunque nunca tajantemente. Quizá con ella las preguntas fueron mucho más incisivas que con el resto y realmente siento que fui más dura para obtener la información que requería. No obstante, después de entrar en confianza, suavizamos las dos nuestras posturas y fue fluyendo el diálogo, lo cual le agradezco mucho, pues no es cosa fácil, recordar estos episodios y grandes transformaciones, a veces dramáticas y de sinsabores.

Para Silvia los cambios físicos vinieron de las situaciones sociales que se enfrentaba cotidianamente conforme percibió con mayor fuerza el proceso de envejecimiento. Si bien apunta a algunos cambios físicos, la mayoría de las veces fue en referencia a eventos en el ámbito familiar y público, no así de una dimensión física o fisiológica.

Pues yo me imagino que ya a los 58, 59 ya que esté para los 60 imagino que ya todo a cambiar para mí. Que cambiará todo de como era antes. L: ¿Qué espera de la tercera edad? Pues yo espero sentirme en alguna parte plena, plena, porque muchos de mis sueños se me hicieron en la vida, en el transcurso de la vida, muchas metas cumplidas, muchos sueños también hechos realidad... Cuando me empecé a sentir más grande me empezó a preocupar de que, ¿de qué voy a vivir? Y también se me vino a la mente cómo me voy a vestir, cómo me voy a presentar ante los demás puesto que ya soy una persona mayor. ¿Cómo me voy a presentar? Incluso he estado pensando en cambiar mi forma de vestir, porque ya es diferente. Una tremenda preocupación de eso de que tengo que vestirme conforme a mi edad. Ya nada es como antes, ya todo cambia.

Cambios sociales y afectivos

En Silvia, la vejez también está relacionada con cambio en su imagen personal y es rememorado constantemente en relación a su juventud.

L: *¿Cómo se veía usted antes? ¿Cómo era su look? Pues el uniforme, los uniformes, la faldita línea A, el blazer... la blusa camiserera, el bolso, la pantimedia, los tacones, la uña pintada, el maquillaje, el cabello, el peinado, todo eso... L: ¿Y ahora usted cómo piensa que se tiene que vestir, qué ropa usted cree que debe de usar? Pues he estado pensando en unos pantaloncitos, pantalones de vestir pero así, digamos sueltitos, aguaditos que queden flojitos, y calzado pues de vestir pero bajito, blusas se podría decir que blusas camiseras también... L: ¿Usted lo ve como comodidad o porque siente que ya a una edad se tiene que vestir de una manera? Por las dos cosas.*

Para Silvia los cambios sociales están anclados a la idea de movilidad del cuerpo en actividades lúdicas como el baile. No obstante, una importante idea de la construcción de su vejez está en relación a las nuevas generaciones que llegan a la familia y que ocupan y representan los espacios familiares y públicos que antes ella ocupaba cuando era joven. De igual manera, tener el marcador de abuela, le recuerda que socialmente ya ocupa un sitio más pasivo, por lo que ya no es posible ocupar otros ni hacerse notar demasiado ya que asocia esta intervención con el ridículo.

¿Cambios? pues el baile, con en el baile me empecé a fijar cuando se hacen la reuniones cómo bailan, ya no es lo mismo; ya los huesos, los huesos ya no coordinan igual; se quiere mover uno de cierta manera y ya no es la misma cosa, y ya no se ve uno como la jovencita de los 20, 18 años, ya no. Ya luego viene la nueva generación en la familia de la 20 añeras y una ve el cambio y dices “ah, así me vi”, pero ahorita ya es diferente, ahorita ya no puedo bailar como ellas, ya no. Ya se siente uno

haciendo el ridículo, en realidad así es. Yo ya lo vi. Hicimos una fiesta a mi mamá de cumpleaños, más de 60 o 70 años; vino toda la familia, mis primas... y ya no, por más que quise hacerle la lucha nomás no. Luego tengo un nietecito y dije, no ya no se puede ser la misma. En realidad yo he cambiado mucho, ya los años no pasan en balde. Y pues tengo la energía, el ánimo, el empeño de salir adelante, participar pero con, con cierta reserva de que ya, aunque uno pueda, ya no es lo mismo, ya no es igual y esta uno expuesto a una crítica también perteneciendo ya a otra edad a otro digamos, "ramo", a otra etapa en la vida. Uno nada más participa, platica y todo eso, pero ya como antes ya no se puede, llega uno a otra etapa en la vida.

Por haber sido madre soltera, Silvia ha tenido que sobrellevar las críticas familiares y sociales por su decisión. Aunque su maternidad no respondió a un tropiezo sino más bien a una decisión personal, constantemente habló del juicio que ha sufrido por haber elegido este camino y reflexiona acerca de cómo esta decisión también ha permeado en su situación actual de vejez.

Uno no puede acercársele con los tíos, como cuando una era señorita ahora es diferente, están más la miradas con una, hasta para dónde van las miradas de uno y cómo mira uno también. Para la mujer sola es diferente y nomás no des un mal paso; como si estuvieran esperando un fracaso, un mal paso. L: ¿Cuando estaba joven pensaba en la cuestión de estar viejo? Si este, grande de edad, e incluso con mis canitas y mi cabello recogidito, si no sí, sí lo visualicé en mi vida y mi juventud. Pues en realidad en mi juventud siempre me imaginé que nunca me iba a casar, nunca soñé verme así; nunca me visualicé casada, nunca, no supe por qué, por qué nunca soñé eso. No me alarma tanto la situación de encontrarme sola. Nunca me alarmó...si en mi juventud no lo logré, ahorita está mas difícil y se va uno aclimatando a esa idea... L: ¿No le hubiera gustado vivir otra forma de vejez? Sí pues, me hubiera gustado como toda mujer llegar al

matrimonio y formar una familia bonita: hijos nietos y todo eso, pero, pues no se pudo y ni hablar, no le toca más a uno que vivir y apreciar y valorar lo que Dios le da a uno, lo que se le presenta a uno en la vida..

Cuando fuimos avanzando en nuestras charlas, le cuestioné acerca de desde su perspectiva, habían más cosas buenas que malas en el proceso de hacerse viejo y si había ciertas cosas en las que se pensaba llegada a esta etapa.

Bueno, uno se pone a pensar muchas cosas por ejemplo, dice uno : “digo, qué bueno, qué bueno que hice esto, qué bueno que estudié, que acepté trabajar; salí adelante”, y hay unas cosas que digo yo: “hay tan tonta hubiera aprovechado la oportunidad de irme a viajar; tuve la oportunidad de viajar y no viajé, en avión, tuve la oportunidad de casarme y no me casé entonces tan sonsa, a lo mejor si me he casado mi fin hubiera sido mejor, fuera más plena mi vejez”. Y es cuando uno va envejeciendo, que va a otra etapa de mayor, que se te vienen a la mente cosas buenas, agradables de la juventud, todo lo que tú soñaste, lo que te empeñaste, por decir, yo quise unas botas como estas y me las compré, las obtuve con mi dinero con mi esfuerzo, quise aquella joyita, aquellos aretes aquella joyita, cadenas de oro, nadie me las compró, yo la obtuve por mi mérito; mi abrigo me lo compré, mi perfume también. Ayudé a mis hermanos, a mis padres; me vienen a la mente muchas cosas, eso te lo platico porque tú ahorita que estás trabajando y estudiando viene esos recuerdos, te viene eso y viene que uno no se imagina cuando está joven que le va a pasar, pero son satisfacciones y tiene una la sonrisa y aquel brillo en los ojos de decir: lo logré. Lo logré. Que estudié y me aventuré. No sabía si iba a salir adelante, si iba a triunfar en mi profesión. Tuve buenas, tuve malas, pero salí adelante, triunfé...

4. 6 Rosa: O ella o los esposos de sus hijas.

ROSA

- Rosa es originaria de Los Ramones, Nuevo León. Tiene 67 años, es viuda y tiene tres hijos, dos mujeres y un hombre; las mujeres viven en Monterrey y su hijo en los Estados Unidos. Doña Rosa tiene un año en el asilo, sus hijas fueron quienes la llevaron un tiempo considerable después de que enviudó. Sufrió dos embolias que la mantienen de manera permanente en una silla de ruedas; no puede bañarse ni ir al baño sin ayuda.

No estaba muy segura de hablar con ella, pero los pastores y los trabajadores me comentaron que era de las pocas ancianas con pensamientos más claros. Pese a que esta situación fue cierta, también tuvimos un impedimento importante en nuestras conversaciones: la dificultad que Rosa tenía para hablar. Constantemente se agitaba y se desesperaba, su verbalización no era más óptima y aunque esta situación no me molestaba tanto, para ella sí era desesperante y con amplios silencios, me llamaba a retirarme.

Cuando la vi por primera vez, estaba en su silla de ruedas, alejada de las demás y siempre con el seño fruncido. Hablaba con pocas y constantemente ponía su mano derecha en su frente. Siempre tenía una pequeña toalla que le quitaba el sudor los días en que el sol era menos benigno e intentaba no mirar a nadie. Las trabajadoras pocas veces hablaban con ella y en más de una ocasión ocurrieron percances por la actitud –para las trabajadoras, indisciplinado– de Rosa.

Rosa una mujer de estatura media, robusta y de pelo corto y cano. Siempre vestía unos shorts pesqueros, blusas sin mangas y tenis con calcetas; una botella de agua siempre la acompañaba. A diferencia de los demás informantes, quienes podrían trasladarse con mayor libertad por el patio o el comedor, ella permaneció todo el tiempo inmóvil en su silla de ruedas, siendo trasladada solamente a solicitud y si las trabajadoras así lo querían.

Cuando me acerqué a Rosa lo hice dudando. No sabía cuál iba a ser su reacción, en realidad no quería importunarla. Podría ser que conmigo fuera diferente de la manera en que se llevaba con otras ancianas y las cuidadoras o podría tener la misma y reacia actitud. No fue ni una cosa ni otra, simplemente empezamos a platicar de forma natural, aunque muchas veces de forma fragmentada. Con Rosa no pude aplicar el instrumento de entrevista como era. Tenía serias dificultades, pues ella no comprendió exactamente qué estaba buscando platicando con ella.

Ya no quise trabajar este punto y avanzado el contacto, noté que me había brindado aunque sea un poco de su confianza. Tenía el carácter fuerte y ciertamente estaba incómoda de estar en el asilo.

Los cambios físicos

Rosa acepta que su situación de vejez comenzó como una desgracia. Es algo que no se esperaba. Me dijo fue que la vida se le había ido demasiado pronto, que no la sintió y que fue la enfermedad la que la puso en el estado en el que está. Que sí hizo cosas pero no tantas. “Sólo tuve hijos. Crié y los cuidé”. Para Doña Rosa, la maternidad fue lo más importante que hizo y que le hubiera gustado hacer más cosas. Una vez me dijo: “Una tiene su corazoncito”, en referencia a que fue esta misma condición y la incompreensión que han tenido sus hijas, la que más le causa tristeza y dolor.

Me dio “embolio”, dos veces. La primera vez que me dio no podía hablar nada, nada. Tenía yo 50. Me desesperaba mucho. Mis hijas me tuvieron que enseñar a hablar otra vez porque yo no podía hablar nada... Me dieron dos veces la embolia. Dos veces. Una vez, dejé de hablar todo, no me acordaba de nada. Las muchachas me, cómo se llama, me escribían y yo le contesta las cosas a mi escribiendo porque no podía hablar nada... L: ¿Y cuánto tiempo estuvo así sin hablar? Mucho tiempo... hablaba pero, como ahorita, no hablaba bien. Pero las maldiciones no se me olvidan, y como

me desespero, echo maldiciones porque esas salen hondo y no le cuestan trabajo a uno... La gente no comprende. No se pone en lugar de uno. Es que cuando no te puedes mover es cuando sabes y cuando un día estés así es cuando vas a saber. Un día, parece muy lejano pero así se va el tiempo... Yo no, nunca, quise estar así...yo era muy activa...movida... mucho, mucho, de aquí para allá. Me cansé, me quitaron las alas las enfermedades....

Casi todo el tiempo Rosa se veía acongojada y de mal humor. En varias ocasiones llegó a llorar conmigo. Cuando le cuestionaba acerca de si ella se percibía como una persona anciana y qué cambios había notado al entrar a esta etapa, me decía que principalmente ya no poderse mover, porque no se sentía tan grande pero sí notaba que su vida había cambiado por completo, y para mal. “No sabe usted lo que se siente estar así, ponerse así y que no puedas hacer nada”, repetía.

Rosa relaciona la vejez con la imposibilidad de moverse y un devenir definitorio en la incapacidad de tener autonomía.

Ya no te puedes mover ni caminar a donde quieras. Si quieres algo tienes que pedirlo, ya no puede salir; ya tus piernas no las puedes mover. Me empezó a doler todo. Pero si antes yo era bien activa y luego ya no puedes... de las arrugas pues no, ni me importó tanto así. Era más que ya tenía que estar pidiendo que esto y aquello, siempre.

A diferencia de los varones y Silvia, Rosa no hizo nunca referencia a la experiencia de empezar a envejecer de los demás cercanos a ella o de sus padres; de hecho, nunca los mencionó. El único punto de partida para comenzar a hablar de la vejez comenzó en su experiencia personal, pues su esposo murió antes de los sesenta años.

Yo no quería estar así...Yo no quería terminar así...Pues no, nadie quiere pero la vida así es... Por eso como dicen, hay que tratar de hacer cosas

bien porque no sabes cómo vas a terminar... Sí. Es muy difícil estar así, muy difícil. ¡Muy difícil! Cuentan con el dedo de uno. Pues si uno no está así por gusto, y nadie le gusta estar así pues, molestando... ni modo, ¿qué haces?... Tampoco te gusta estar enfermo.... Uno cree que no, pero es cierto: se llega el día... ¿Cuándo yo creía yo que iba a estar así? ¡Nunca! Con lo activa que era...Es que uno no se imagina... La vida da muchas vueltas. La vida. Y un día estás arriba y luego abajo. ¡Ay, señor de mi vida! (Se agarra la frente y agacha la mirada con un suspiro).

Los cambios sociales y afectivos

Doña Rosa siempre comenzaba nuestras charlas hablando de sus hijos e hijas sus nietos y el recuerdo de su marido, a pesar de que no verlos le causaba conmoción.

Sin mi marido no hubiera tenido mis hijos y si no, no hubieran tenido mis nietos...Bien lindos mis hijos... Nomás que no tengo retratos, bueno, poquitos...

Los cambios en las relaciones sociales para el caso de Rosa estaban relacionados con lo que dejó de hacer en su vida productiva, que aunque muy breve, sí le significa en su narrativa, y las modificaciones en su vida cotidiana a raíz de la aparición de la enfermedad que padece.

Pues yo trabajaba en un restaruancito ahí por Ramones. Ahí conocí a mi marido. Llegó. Bien guapo él. Mucho más grande él que yo. Trabajé ahí antes de casarme. Me gustaba, pero fue muy poco. En mi casa veía novelas, también bordaba, ¡me salían unas cosas! Manteles, cortinas; de todo. De novelas me echaba todas las de la tarde. Me gustaba la de las 10. Cocinaba, pero no así tanto porque estaba yo “conmija” viviendo. ¿Ya aquí (en el asilo) pues qué? Pero me la pasaba de arriba abajo, con las

comadres y todo; vecinas. Sí tenía el carácter. ¿Sí ha oído el corrido de los Marichalar?

En la situación afectiva, Rosa siempre evoca el recuerdo y cariño de sus hijas. Las semanas que éstas no iban a visitarla se le miraba hosca y bastante seria. Pero la situación cambiaba cuando la iban a visitar; parecía estar en un sueño, sonreía y hasta incluía a otras ancianas en la convivencia con sus hijas y nietos. En el plano afectivo, Doña Rosa menciona que lo que más le duele es que dejó de ver a sus hijos.

Pues de otra gente, no, pero mis hijos, los que están fueras y mis hijas como quiera, pues las veía en Escobedo que iban pero los otros se fueron, no están. Pues las amigas, sí pero pues las vecinas, nada más. Mis hijas me ayudaron con la “embolio”, no me dejaron sola. Pero ya ve que, pues los esposos, pues era yo o los esposos de mis hijas. Tenían problemas porque pa’todo me llevaban al baño, que la comida. Pues ellos no aguantaron y tuvieron que decidir, ¿no?

4. 7 Virginia: Su vida era la política.

VIRGINIA

Virginia tiene 76 años y es la anciana más longeva del grupo de mis informantes. Es originaria del municipio de Sabinas. Es viuda y tiene tres hijos, dos hombres y una mujer. Un hombre vive en el municipio de Sabinas, la hija en Monterrey y el otro en los Estados Unidos. Fue una mujer muy activa y estudió para ser maestra, trabajo que desempeñó hasta que se jubiló. También estuvo muy involucrada en la política de su municipio por más de 20 años, siendo una de las precursoras de que las mujeres pudieran participar de manera activa en la política. Su esposo también fue político. Virginia lleva en el asilo tres años y sus hijos decidieron internarla pocos años después de que su esposo muriera.

Ella es de compleción delgada y luce con cabello totalmente cano al que acomoda con una vistosa trenza que abarca casi la totalidad de su cabeza. Aunque la trenza no permanece en su sitio la mayor parte del tiempo, ya que con frecuencia se le ve acostada en la cama de su cuarto o meciéndose en la mecedora, suele preocuparse por tenerla siempre de peinado. Cotidianamente se le ve con un pantalón rosa mexicano de tela satinada, una blusa con figuras geométricas rosas, anaranjadas, cafés y blancas que hacen juego con su pantalón y encima, cuando el clima refresca, aunque no necesariamente por esta razón, lleva una chamarra de pana del mismo color del pantalón. Su mirada luce la mayor parte presente, aunque hay algunos lapsos en los que las pausas suele ser bastante largas. Aunque su habla es comprensible y sus respuestas consecuentes, fue necesario trabajar temas que convergían a los tópicos que le despertaban más interés.

Los cambios físicos

El primer encuentro que tuvimos fue una charla bastante informal que me hubiera gustado documentar de otra manera, sin embargo, no fue posible. La forma en que Virginia hilaba su propia historia de vida, ahora anclada a la vejez e internamiento, estaban eminentemente encaminadas a lo que fue su vida productiva y reproductiva, y mucha más esta primera, a pesar de ser una mujer de un contexto en el que se podría asegurar una limitada participación femenina. Incluso, aunque intenté enconarla para que me comentara aspectos relativos a los cambios físicos que comenzó a experimentar por la vejez, pocas veces ahondaba en ellos y por el contrario, encontraba en los recuerdos de su vida de mujer política, los frutos de su existencia.

Nombre sí, y ahora yo camino bien despacito, antes era yo bien caminosa. Caminaba muy aprisa pero ahora mejor me acuesto, pero yo lo que recuerdo es de los discursos políticos... Pero sí, ya me comenzaba alentar o me dolían las piernas. Yo podía hacer cosas todavía en mi casa. Pues, ¿quién no quiere estar en su casa?

Cuando comenzábamos a profundizar de las dolencias que le comenzaron a dar cuando comenzó a decrecer su energía vital, Virginia era muy escueta y su negación era evidente.

Yo no recuerdo que haya tenido bajones. No me dolía nada. Ahí andaba de aquí para allá, con mis hijos, con las marchas, en el Palacio. Todo hacía. L: ¿Qué era lo que más le gustaba hacer? Cocinar, me encantaba el pavo, la fiesta, rellenarlo...

Sobre las actividades que desempeñaba en el pasado era bastante enfática en señalar sus proezas y el gusto que le causaba estar en esos escenarios:

Sí...Unos discursazos que nos aventábamos. Yo con eso me hice regidora con un discurso que dije. Ahí en la tribuna... Pues es bonito, porque te quedan muchos recuerdo, muchas fotos.

No pues yo has de cuenta que le abrí el camino a la mujer, los discursos eran relacionados porque la mujer. La verdad es que no tenía derecho a participar en política. No la dejaban en su casa, o su papá o su mamá o su esposo. Y a mí me dejó mi esposo, él me ayudaba... él era muy buen orador

Cuando en nuestras conversaciones comenzábamos a hablar de otros, inmediatamente ella podía describirse y hablar un poco de las emociones y de su personalidad.

¿(Hablaste) Con don Alberto? Parece que no rompe ni un plato...

...No, Y yo le digo pues, una vez: “¿usted por qué está aquí?” Está bien de sus facultades y dice: “no es que yo tuve un choque muy feo yo...y estaba escamado, sentía que cualesquiera me podía hacer daño”. Y la esposa dice que todo lo que veía se lo comía. Si veía la mayonesa se lo comía, compuesta,

se comía todo. Me da risa porque viene o no viene la esposa y, llora. No, yo no soy llorona. L: Usted es de esas mujeres fuertes...

Aparentemente.... Me enoja mucho, soy enojona pero llorona no. Pero sí me enoja.

Cambios sociales y afectivos

Aunque eran pocos los momentos en los que Virginia mencionaba los cambios afectivos y de relaciones interpersonales que sufrió a raíz de la vejez, sí era posible identificar que estos se presentan a partir de las experiencias de vida que tuvo gracias a la maternidad y las actividades domésticas.

No pues, antes, mi vida dedicada a mis hijos, hacía de todo. Bien rico. Desmenuzaba todo el pollo para que no se quedara, porque luego lo muerdes y se queda todo ahí y así. L: ¿Y si le daba tiempo ahí de cocinar y de irse a la polaca? Pos, tenía mis, ayudantes...

Muchas de nuestras conversaciones versaban sobre la comida que ella preparaba cuando se encontraba en su casa o de la forma en que ella y su familia pasaban la navidad y decoraban su casa. Todos esos recuerdos parecían de una vida anterior bastante distante a su realidad actual, la cual pocas veces aludía a las dolencias, enfermedades o problemas que pudo haber tenido en el pasado. Cuando yo insistía en alguna dolencia actual, rápidamente rememoraba aspectos sobre su vida privada y pública, tanto como madre, pero más como mujer capaz de sobrellevar las tareas de un hogar y como una persona que desempeñó un importante papel dentro de la política del municipio de Sabinas.

4.8 La perspectiva de internamiento a través del residente

Los ancianos y ancianas residentes de esta institución asilar, la mayor parte del tiempo refieren aspectos negativos, no sólo de las dinámicas cotidianas de cuidado, también de la relación e interacción que establecen con sus cuidadores, otros internos y en ocasiones con los pastores, así como de aspectos del cuidado y atención que reciben. Los ancianos y ancianas la mayor parte del tiempo buscaban cómo comunicarse. Emilio en una vez mencionó: “No es obsesión, pero hace falta estar platicando. No, y luego con este clima se antoja platicar...”. Era el mes de noviembre y la temperatura oscilaba entre los 10 y 15 grados centígrados, era evidente (y necesario) que los internos en estas condiciones buscaran la manera de establecer contacto y de compartir algún té, papas fritas o galletas, si es que en ese momento yo traía, pues en ese último mes con frecuencia me preparaba un termo en la cocina de té de manzanilla, café o de mate. A veces los ancianos y ancianas me preguntaban qué estaba bebiendo y un par de veces les ofrecía, aunque no era muy seguido, pues las cuidadoras siempre estaban al pendiente de mis movimientos y en especial de mi condescendencia con los ancianos.

Era el encierro y la estructura del encierro, la que mayormente era reconocible por ellos y ellas, aunque unos lo asumieran como algo que sobrellevar y otros lo percibieran como algo inamovible.

EMILIO: Me trajeron aquí. Yo Lo que yo quiero es ver a mi familia...Hay gente que la llevan hasta la muerte...sin pensarlo, les vale. “No, al cabo lo enterramos”. Como si no fuéramos personas...No. ¡Pues es que somos personas! Somos personas...Tenemos derechos. Yo tengo que saber también sobre mi esposa. Saber en qué situación está...buscarle por otro lado en vida, no puedo estar así siempre sin saber las cosas como son...a mí me interesa saber cómo viven, cómo están. No creo que me hayan olvidado... Nada más que no sé por qué no vino mi familia, ni nada... No

me contestan ya. Has de cuenta poco a poco vas pensando, nada más que en mi casa yo no tengo doctor quien me vea, para que me rebaje el medicamento...

En otra ocasión me comentaba:

Pues, sí. Lo mantienen a uno sin información... Bueno ponle, que gracias a Dios las noticias llegan cuando pasa algo malo. Te mandan avisar, pero no; sufrimos mucho de estar así. Lo que quiero es estar cerca de mi familia. Y mis hermanos me dicen: "no, es que tú no puedes trabajar". Pero, ¿a poco tú no quieres estar cerca de tu familia?...

En muchas de las conversaciones informales y de entrevista que teníamos Emilio y yo, hablábamos sobre el internamiento psiquiátrico que padeció desde los primeros años de su vida y hasta hace poco. No obstante, muchas veces llegaba a equiparar y hasta calificar mucho más negativamente el internamiento en el asilo. Nuevamente, el diagnóstico por enfermedad mental, además del hecho del estado de "incapacidad social" al menos más comprobable desde el punto de vista social por estigma de enfermedad, vuelven a ser motivo suficiente para la permanencia en el asilo.

EMILIO: *Cuando mi papá me llevaba, yo sabía a qué, sabías tú que ibas a salir. Tal día te decían, "vas a salir". "No, pues está bien", y me dejaban un chorro de días, pero pues cómo le voy a hacer, si acá también te dejan a morir... Me dice mi hermano "no va a ser lo mismo (que en un psiquiátrico)". No, no va a ser lo mismo. Pero no tienen en cuenta que uno ya cambió, que me sirvió de experiencia a mí para que ellos lo tomen igual. Déjame ir por las pastillas... (Porque él tenía que solicitar las pastillas a los cuidadores en algunas ocasiones) O sea, mira. Como hay lugares adecuados aquí en México que se dediquen. Y los del gobierno sacan dinero nada más, pero después pueden construir lugares que haya buena comida, buen trato, buena alimentación que haya cuidados para ellos; aquí no hay eso. No hay*

este, gente especializada... Si no le interesa a tu familia es que, qué le va a interesar a la gente... No, es que tienes capacidad todavía. Por ejemplo ya. Pues yo me puse abusado y me pensioné ¿verdad? Pero todo fue el destino que me fue formando. Pero yo no pensé que iba a terminar en un lugar así. Y no me siento ofendido ni me siento nada. Porque como quiera hablas con Alberto o con otros. Por ejemplo, llegaste tú y sí fue de otro modo, que te entiende. O sea que puedes platicar...

Una de las claras referencias de Don Emilio, era el de ver la situación de otros compañeros, pero de que algo malo siempre podía pasar y era más bien el devenir de los asilados. Aunque a veces hablaba positivamente, yo entendía que no podía hacerlo: por enfermedad o porque simplemente yo también estaba de acuerdo con muchas de las afirmaciones de Emilio respecto a la dinámica asilar y la situación de sus compañeros y de él mismo.

EMILIO: *Sí, a mí también me dan (papitas o galletas), pero yo se los doy a los viejitos porque me están pidiendo y les doy. Me como galletas pero están bien duras; por los dientes no las puedo masticar. Si tampoco creas que como que ya estoy serenado, como cuando te sientes con mucha desesperación de lo que va a pasar, haces cosas que no debes de hacer, como tomar mucha coca, fumar mucho, emborracharte mucho, o sea cosas así. Como ahorita como cuando estaba comiendo ahí en la comida les dije “Yo como lo que me dan” pero pues se antoja comer así rico... Uno los ve a los otros (los cuidadores) en la cocina comiendo rico y pues se antoja (risas). Pollo y pollo, ¡puro pollo! Tú ya te vas tarde o temprano; yo también me voy. Ya lo que suceda no es responsabilidad de nosotros... Claro, uno tiene responsabilidad: tú con tu servicio social porque no se sabe, la vida da muchas vueltas... ¿Tú crees que yo quiero estar como las gallinas? También quiero estar de arriba para abajo o ver la tele de perdido, pero aquí no se puede. Además, pues yo batallo todavía para eso...para hacer una plática que sea diferente. No me voy acostar. Te cierran la puerta y*

nada más. Yo en mi casa no salía. No por miedo, no me gustaba. Para qué te vas si aquí está la casa.

Los recuerdos de sus padres y la situación con sus hermanos siempre eran ligados a la situación de encierro y del futuro de Emilio, es decir, a pesar que la relación con estos últimos no era la mejor, el ideal de libertad minaba los aspectos negativos de sus relaciones sociales y afectivas más cercanas.

Para andar con mis hermanos, con mi mamá ya no pero, ahora que estoy solo en cuestión de que ya no tengo a alguien que me sobreproteja, que esté conmigo. Y... mi papá me daba todo, me daba porque él podía, me daba porque decía “no puede él”... y aparte visitas, no teníamos quién, más que mis papás, no te daban cosas, como aquí que necesitas dinero, que te digan “te voy a dar unas cocas”, ¿eh?, ¡no te dan nada! Y se mete eso en la cabeza. Y yo digo bueno, pues de repente no hay problema, la cosa es estar bien aquí.

Para Emilio también era reconocible la situación en que se encontraban otros compañeros. Casi siempre tenía una opinión sensible, crítica y puntual sobre los ancianos con los que convivía y sobre el internamiento. Para mí siempre fue importante tener sus reflexiones, pues me parecía que la mirada de un residente sobre la situación propia y de otros internos era fundamental para comprender lo que pasaba diariamente en el asilo.

EMILIO: ...O sea no está bien. **L:** Yo estoy muy en contra de esto. Estás muy decepcionada... **L:** Si. Es que si te toca una parte bien difícil porque por tu parte no puedes hacer nada. **L:** Yo lo único que puedo hacer es seguir hablando de estos temas. Terminar primeramente dios tu carrera y olvidar todo. **L:** Pues ojalá pudiera olvidar todo, pero no se puede... No, uno no puede olvidar todo esto porque por algo uno llegó aquí...

Don Emilio, era uno de los pocos internos que se percataba de la situación asilar y el mal trato o el poco cuidado que tenían los cuidadores y otro personal con los ancianos.

No me gusta que discutan y nombre, yo ya estoy bien escamado. Desde la primera vez que me regañaron de haz esto y “¡párate!” Oye, pero pues es un ser humano, debe haber palabras, yo los veo y yo si tuviera poder yo los ayudaría, y nombre está canijo, está canijo estar aquí en el mismo lugar, contando lo mismo, contando lo mismo y ver Que problemas tiene cada uno, como dices tú, “no, mira aquél que esto y que el otro”, ¿y qué hace uno? Nomás decir que sí y que no...Y de eso de la comida, yo por eso la vez pasada le pedí tantita comida, un huevito con jamón y me dijeron “ya comiste mucho”; ellos comiendo bien rico y yo , pues no me gusta, pero ya no sé qué vaya a pasar, los que están mal pues están mal...

Para Virginia, la situación asilar la acongoja mayormente en el trato que recibe y la forma en que están establecidos los horarios, los menús de comida y cómo la preparan. Un día platicamos al respecto, justo después de que su hijo, su nuera y sus dos nietos la llevaran a comer a unos pollos que se encuentran cerca del Palacio Municipal de Los Ramones.

VIRGINIA *Fuimos a comer a pollos “Pepe” o “Pepes pollos”, que están ahí, aquí en Los Ramones. “Pollos Pepe”, pollo empanizado rostizado con pura manteca... ¡Bien rico! Con un buen de tortillas... Me trajeron (su hijo y nuera) “Ensures”. Me trajeron galletas pero no me las dan... Si se los doy para que me los den a mí... También traen aguacate y chorizo. El machacado no... no lo saben hacer.*

También la comida, no me gusta, No la paso. Yo por eso ni como a veces. Pollo, pollo hervido, de perdido asadito. La otra vez dieron pollo, caldo de pollo, pero no le echaron verduras, nomás repollo; ¿calabacita?, nada de eso. El pollo bien guisado sabe bien sabroso sobre todo en caldo; brócoli coliflor zanahoria y repollo. Sí, es que no hay variedad...

Platicando acerca de su familia, inmediatamente Virginia alude a la necesidad de salir, aunque casi siempre era de manera muy breve y a manera de exabrupto, como si le viniera de pronto a la mente la necesidad de expresarse de ese modo para expresar algo que en otras condiciones no podía enunciar.

VIRGINIA: *Luego nomás son dos (sus nietos) y dicen (su hijo y nuera), “Mija tiene el primer lugar y mijita tiene...” y el niño se acomodó y ya no quiere ir a la escuela ni nada...Yo le dije ya a mi hijo que me quiero ir de aquí... A Víctor mijo le dije. Luego esta semana no, la otra que viene va a venir mi hija Victoria, a ver si me voy con ella...*

Para Alberto la dimensión del internamiento tiene una connotación distinta, pues aunque sí hacía mención de algunos aspectos que podrían mejorar de su estancia, también estar dentro, era algo que necesitaba y llegué a percibir que era algo que él pensaba hasta que merecía. Cierta culpa y resignación hacían que su discurso versara sobre lo benéfico que era para él y su familia que él estaba mejor adentro que afuera.

ALBERTO: *Ya necesitaba descansar. Estaba y no estaba. Yo quiero trabajar. Ojalá pudiera este, pues hacer algo, ¿no? Pero sí, sí creo que fue como un descanso a la vida que tenía. O sea, es que esto que tengo, hace que uno pues no se acuerde de cosas. No te acuerdes de lo que dijiste o hiciste. Una vez estaba en mi casa con mi esposa y mis hijos estaban dormidos. Me levanté como en la madrugada. Y pues no creerá que según lo que dice mi esposa, saqué los trastes de los cajones de la cocina, moví todas las sillas, o sea las jalé pa' fuera de la mesa; estaban todos los cuchillos y tenedores regados y yo me quedé sentado en la silla, una de las sillas...Llega mi gorda y me dice “Oye, Beto, ¡¿pues qué pasó?! ¿Por qué moviste todo? Y pues creerá que yo no me acordaba de nada. O sea nada de lo que había pasado antes de que estuviera todo así de movido. Yo*

nomás me quedé así sentado, dice mi esposa que yo estaba como ido. De verdad que no me acordaba de nada de lo que había pasado. Entonces pues, ya después de eso fue que buscamos un lugar y pues dimos con este y como te digo, pensé que nomás me iba a quedar unos meses.

Cuando le llegué a cuestionar sobre si se podía ir me comentaba que:

ALBERTO: *Sí. Sí me puedo ir. Viene mi hijo en el carro y arrancamos allá para la casa. L: ¿Y ya después no se quiere regresar? Pues no, pero también aquí estoy...*

Respecto a la percepción de encierro que tiene Don Alberto, no parece ser demasiado problemática y por el contrario, ha encontrado una manera de sobrellevarlo de manera productiva. Por ser uno de los residentes más jóvenes y tener relativamente una mejor condición de salud y fortaleza física, la manera en que pasa el tiempo dentro del asilo se da de acuerdo a las necesidades cotidianas o contingentes que tienen a lo largo del día:

ALBERTO (...) *Luego me acostumbré al lugar. Yo empecé a ayudar. Ya ve que yo ayudo abriendo acá la reja o si necesitan algo las muchachas. Yo le entro y meto las manos. Tampoco puedo estar sin hacer nada. Me gusta estar aquí. ¿Si me ha visto que yo muevo casi siempre a unos en las sillas de ruedas para allá? Si, pues. Me adapté rápido. Como yo era de los más jóvenes pues hacía lo que podía para ayudarles a ellos. ¿Si ve que necesitan mucha ayuda? Unos ya no se pueden mover, están idos. En una ocasión me tocó ver cómo uno de ellos se puso a embarrar toda la pared de caca. Toda la embarró, ¡imagínese! Pues ya después les hablé a ellas. Todos los días aquí hay que hacer algo... Luego una vez ayudé a uno, estaba bien pesado. Este Juan José (uno de los cuidadores varones) no lo podía levantar y ahí yo metía las manos, nomás que les pedí una faja para no lastimarme porque sí estaba muy pesado el señor. Ya lo ayude a ponerlo*

en la silla para que lo metieran al baño.

Cuando le cuestioné en términos generales cuál era la opinión que le despertaba el asilo, solía ser bastante positivo, lo describía como un lugar medianamente aceptable, al menos para él.

ALBERTO: *Está bien. Yo no he tenido problema. Si usted ve, aquí es tranquilo todo. Usted ve, el que grita, el que se queja. Pero todos ya están más mal que bien. Sólo unos que estamos bien. Con las mujeres uno no se mete pues tienen otro lugar. Yo a veces voy pa'llá. He visto que juegan cartas y se entretienen. De repente me quedo más y las saludo. Luego también cargo los garrafones, me voy a la cocina y hablo con las muchachas y todo. Pues creo que está bien todo. Unos se ponen más mal que otros, pero no se pone fea la cosa, digo... (ve en repetidas ocasiones su reloj. Casi dan las 4, la hora de la última comida del día).*

Para Rosa, también la situación de internamiento era algo difícil de sobrellevar. La mayor parte del tiempo se le veía con un rostro enojado y en ocasiones refunfuñando porque no la llevaban al baño o le rellenaban su botella de agua cuando ella lo solicitaba. Muchas veces estas solicitudes eran legítimas y las cuidadoras jugaron más de una vez con sus demandas, a veces solamente para molestarla. Cuando una vez le cuestioné sobre lo que le daban de desayunar, Doña Rosa me comentaba que existían ciertas restricciones para ella:

ROSA: *Galleta con café, y atole... a mi no me dan atole. L: ¿Por qué? Dicen que me hace daño, porque hace que vaya al baño seguido... A mí no me hace nada nadie, ni nada... es que dicen que voy al baño muy seguido, quiero hacer del baño, qué le hago. Se enojan... Se enojan si les digo (a las cuidadoras) pero tengo que hacer. Se enojan porque me llevan porque tienen que llevarme... ¿Si ha visto? Pues si... pero no me hacen caso, aunque grite. Ahí me dejan... Cómo le haces, si te aguantas es peor...*

Zurro los calzones... Ellas no comprenden... no se ponen en el lugar de uno... Es que cuando no te puedes mover es cuando sabes y cuando un día estés así es cuando vas a saber...

La percepción de Silvia respecto al internamiento, dista mucho de la opinión y representaciones de sus compañeros. Para ella, la situación de encierro no le producía malestar, ni episodios de tristeza respecto a la vida que tenía afuera o incluso sobre la extrañeza que podría causar dejar de ver a sus familiares, en específico su hija y su madre. Sin embargo, esta situación puede responder al limitado tiempo que tenía en el asilo. Apenas un par de semanas después de su llegada, la abordé para entrevistarla y su actitud y palabras resultaban altamente consoladoras y tranquilizantes para sí, aunque la mayoría del tiempo se le veía nerviosa caminando por todo el patio, con su taza de café en mano y a veces su cigarrillo. Aunque no se le veía cómoda, tampoco se observaba ansiosa o apenas podía advertir la forma en que la organización asilar se llevaba a cabo.

La vida que sobrellevó afuera, es decir, como una mujer exitosa profesionalmente, que se vino a menos por una depresión y su cuadro de esquizofrenia, son quizá, motivos suficientes para sobrellevar las dinámicas contenidas en la institución asilar y el encierro mismo.

SILVIA: *Yo estoy aquí muy a gusto. Todo bien. No pues, ahorita nada me incomoda. Nada más quizá mi cigarrito, mi cafecito que me den y es todo.*

4.8 “Yo no le tenía miedo a la muerte hasta que llegué aquí”

Este apartado tiene el objetivo es describir y analizar las representaciones que los adultos mayores tenían sobre su vejez y enfermedad antes de estar en el asilo, de acuerdo a los elementos que se anclan a su experiencia de vida y a la síntesis que realizan de ese tránsito hasta el presente.

Si bien la discusión sobre este tema fue algo breve, sí me parece interesante no dejar de lado las pocas pero distintivas impresiones que los residentes tienen acerca de la muerte a partir de la situación de encierro. Ya para las últimas fases de la entrevista, me dediqué a abordar este tópico. El día que me tocó abordar a Don Alberto, fue bastante su sorpresa; cuando se lo propuse, hizo un gesto de exaltación y extrañeza que me pareció bastante curioso. En ese momento, me percaté que era un tema del cual no es precisamente común hablar, y conforme lo fui escuchando, tampoco era una situación para estarla platicando en un asilo como este.

ALBERTO: *¿La muerte?! ¡Ay! Yo no le tenía miedo a la muerte hasta que llegué aquí. Porque... se hacen amigos, bueno no amigos, que son, buenas personas, los que yo ayudaba a cargar; que han platicado conmigo, de vez en cuando estamos platicando, estamos viendo la tele o platicando acá de esto y lo otro, allá por el pasillo, y nos poníamos de acuerdo para ponernos a platicar y de repente que me doy cuenta de que pues alguien fallece. Como no sé si supiste que hace poco este Rosendo, no me acuerdo... uno que no tenía dos pies, porque hace poco le mocharon el otro pie; entonces ese chavo ya no le hablaba yo, pero si lo atendíamos, si le ayudaba yo. De repente se murió. Y luego cuando yo entré, ya en la mañana a las 7 que entró esta Dalila, y luego yo entré y lo vi y luego vi que estaba el señor volteado para allá...yo no me fijé a ver qué estaba haciendo, lo vi que estaba para allá con la boca abierta y no le puse mucha atención porque como casi no le ponía mucha atención, y así ya me salí y pasó me puse los guantes de hule y me salí para afuera y luego que me dice Dalila, "No , sabes que, ya está muy mal este señor, ya falleció". Y yo ya días antes yo ya lo había visto muy decaído en las comidas, y de la vista ya lo veía, con la mirada perdida, como que miraba a una parte y otra y si de repente hacía cosas, cosas que yo veía que no tenía lógica por las cuales estaba haciendo eso.. Se inclinaba al suelo a agarrar tierra o tocar el piso, y a la*

boca, así a la boca o juntaba cositas no sé qué sería del suelo les hacía así, y se las metía a la boca...

Para Emilio, el tema de la muerte era un tópico en el que prefería no profundizar, pero en algunas intervenciones que teníamos se le notaba angustiado y nervioso respecto a ese tema, sobre todo en términos de faltarle a su familia estando él dentro de una situación de asilo.

EMILIO: *pero mis hermanos no piensan eso...no tengo salida...*

L: *Ahora sí se la bañó. Se escuchó muy dramático... (risas). No pues sí...*

EMILIO: *Uno no tiene salida, ¿por qué no? Cuando no tiene uno salida es cuando uno se va a morir ¿verdad? Luego me dice mi hija "no te mueras". No hija, le digo...se muere uno hasta que diosito quiere, yo me preocupo por ti, yo qué, yo estoy aquí. Yo estoy encerrado y afuera sí está muy peligroso ahorita.*

Aunque la indagación sobre la temática de la muerte no resultó ser tan prolija como con la vejez o las enfermedades, sí fue un elemento de análisis importante, al menos para hacer visible una continuidad de eventos dentro de un entorno de cuidados prolongados. Ya observando que las altas son un asunto más bien de decisión respecto a la condición médica del residente y de su familia, es muy poco probable que esto suceda en el asilo Sinaí, pues la mayor parte de los residentes tienen una situación de enfermedad crónica avanzada o se encuentran postrados y los que tienen capacidad y relativa autonomía (pero con algún tipo de enfermedad mental), tienen relaciones familiares poco solidarias y en algunos casos se encuentran en abandono.

Fueron pocas las veces que pude abordar el tema con las personas adultas mayores que fueron mis informantes, en primera, debido a la organización del instrumento de entrevista, el cual contemplaba esta temática al final de la misma, con algunas pocas preguntas; en general, Virginia, Emilio, Rosa, Sylvia y Alberto

se encontraban un tanto cansados con la investigación, mi presencia ya había sido suficiente, nos habíamos compenetrado mucho y habían visto en mí una amiga, confidente, alguien que les comprendía, y definitivamente el tema no les despertaba mucho interés.

Sin embargo, existe un significado contenido en esta negación, parquedad y temor al tema. Nadie quiere hablar de su propia muerte ni de los seres que ha querido o puede dejar en el desamparo; ciertamente también parece ser una estrategia adaptativa para ignorar el hecho de estar cerca de la muerte o de morir, así como resultar ser evidencia de lo poco grato que resultaría terminar de existir en un lugar en encierro, incomunicado, sin la compañía de tus seres queridos habiendo cuestionado tu situación de vida actual y no sabiendo lo que le depara la vida a los de afuera que has dejado. Sin duda este tema quedó

En síntesis, el recorrido de este capítulo retrató la narrativa unos adultos mayores asilados, en los que refieren diversas maneras tanto de describir, como pensar e interpretar su propia vejez y las de otros. Cada uno de los cambios sociales, personales y afectivos, o aquellos aspectos disruptivos de la enfermedad, se encaran de manera variada en cada sujeto, sin embargo, en todos ellos es posible identificar la forma biográfica en que asumen el proceso de envejecer y enfermar; accidentes, cronicidad de los padecimientos, la muerte de un ser querido o los cambios de la forma de vida de los hijos etc., fungen como detonantes de la toma de conciencia de un proceso tan irrevocable como el envejecimiento.

El discurso de las personas adultas mayores, nos muestra vivencias e interpretaciones sobre la vejez y la enfermedad muy íntimas y propias de la trayectoria de vida de cada sujeto. Ellos y ellas eligieron una forma de estructurar el curso de su existencia mirando a un pasado lejano o más inmediato; un cúmulo de decisiones personales, relaciones afectivas, tropiezos y aciertos llegan a explicar por sí mismos su situación actual de vida. Muchas de estas frases y expresiones son dolorosas, indecibles y a veces poco precisas, pero es la vía

como los ancianos logran construir una historia y dar sentido a la vejez y a las enfermedades. El internamiento revela ancianos que integran positivamente a su curso de vida la osadía del pasado, añorando y llenando páginas de recuerdos, pero también de sinsabores, de soledad, angustia y tristeza por lo frustrante, negativo y definitivo que resulta el encierro.

El grupo de personas adultas mayores con las que trabajé fue homogéneo. La vejez y la enfermedad se interpretaron y fueron una experiencia distinta en cada uno de ellos. La riqueza del material radica en la heterogeneidad en torno a la CSVE, diferencias que explican por sí mismas, el proceso de construcción de vejez y enfermedad desde una mirada subjetiva e intersubjetiva. Su perspectiva y experiencia resultaron fundamentales, pues fue un ejercicio interpretativo y de acomodo biográfico, de expresión y de sentimientos genuinos, de recuerdos, de interrupciones, de cosas olvidadas o pasadas por alto, en fin, fue abordar a las personas adultas mayores residentes en su vida diaria, observándolos, conociéndolos y en donde elaboraban día con día su propia historia.

Por un lado, encontramos ancianos que aceptan formar parte de cierto grupo de personas; por sus características físicas, edad, enfermedades o deterioro, asuntos que han desvanecido o siguen desvaneciéndose rápida o lentamente su rol y autonomía frente al mundo y en relación a sus objetivos, sueños y relaciones personales. Y por el otro, adultos mayores en proceso, en construcción, que no se definen a sí mismos como ancianos o ancianas, que esperan o rechazan la etiqueta, que refieren todas estas características a otros ancianos asilados o a sus familiares y amigos; sujetos que objetan estados de dependencia, que hablan de todavía tener derecho a otra oportunidad y que tajantemente ven impensable terminar sus días en encierro.

Tenemos un grupo de hombres y de mujeres que varían en edad y estado de deterioro. Hombres que resaltan su papel productivo que por situaciones de enfermedad o accidente transformaron su vida y devenir. Varones que miran a la

vejez como un asunto no consumado y como una revancha, pero que adoptan el asilamiento como un descanso y en ciertos momentos, como una necesidad ante el rechazo de sus familiares por integrarles o reintegrarles en el entorno más inmediato. Mujeres que llevaron una vida doméstica continua o discontinua, que criaron hijos con éxito o relativo éxito y mantuvieron un hogar en orden. Mujeres que extrañan a sus hijos e hijas, que trabajaron o dejaron de hacerlo, que añoran su rol productivo y las formas en que promovieron el cambio en su contexto y las metas que lograron alcanzar y las que no. La vejez revela memoria, emoción, el pasaje abstracto de una vida y un estado que detona los recuerdos.

La proximidad a “las edades de la vejez”, nos hace pensar que efectivamente, hay vejezes en construcción y que éstas pueden iniciar mucho antes de que se consume un diagnóstico médico o aparezcan los primeros cambios físicos, canas y arrugas. El proceso camina de la mano de los sujetos durante toda su vida y va mostrando indicios y pistas de posibles desenlaces, no obstante, este proceso se agudiza en cierta etapa de la trayectoria de los sujetos por causas diversas que van desde el agravamiento de la enfermedad o la muerte de un ser querido, así como la transformación de la forma de vida de sus familiares, pero en todas ellas, de la forma en la que tanto el sujeto envejecido asume su nueva posición y cómo familiares y entorno determinan el nuevo lugar que le corresponde.

Conclusiones

En este trabajo se ha intentado ilustrar la forma particular en que viven la vejez y la enfermedad un grupo de sujetos ancianos residentes de una institución asilar en Los Ramones, Nuevo León. En el mismo, se ha presentado una aproximación mayormente fenomenológica, así de la experiencia del proceso de envejecimiento en el marco de un contexto de una institución asilar rural. Asimismo, esta investigación fue abordada de acuerdo a una aproximación de la realidad a nivel micro, aunque también en referencia a ciertos aspectos estructurales de la forma de vida en que se sitúa el sujeto en la actualidad. De acuerdo a estas motivaciones, fue que se trabajaron las representaciones y prácticas en torno a la situación de vejez y enfermedad de los sujetos en situación de asilamiento.

La vejez y la enfermedad fueron por tanto definidas y construidas a partir de aspectos eminentemente subjetivos y del espectro sociocultural del sujeto, el cual rememora, vive e interpreta al tiempo que construye, un tipo particular de vejez y experiencia de enfermedad que se constituye a partir del momento presente.

En estas nociones de vejez y enfermedad, se encuentran varios matices en la construcción objetiva de una definición, al tiempo que se detalla el sentido que ocupa para los sujetos su condición y posición actual de vida en una totalidad biográfica.

La importancia de seguir realizando este tipo de investigaciones radica en la necesidad de retratar la forma de vida y representaciones de un sector vulnerable que personifica toda serie de imposibilidades físicas, mentales y sociales para darse voz sí mismos y a sus problemáticas. Por ello, en este trabajo me pareció fundamental que el eje principal fuera el de rescatar la voz de los adultos mayores en tanto sujetos que viven una situación ambigua y turbadora en el encierro. El asilo fue un escenario que situado en un contexto rural me permitió observar ciertas particularidades, pero también generalizaciones sobre el tema. Es difícil saber con precisión, por la poca cantidad de etnografías sobre las vejeces y en

particular de la vejez en el noreste de México, algunas implicaciones e impactos más significativos en la temática, más allá de algunos usos y costumbres de la región relativos a las expectativas de vida y los espacios de convivencia con los miembros de la comunidad. Definitivamente la etiqueta rural proporciona un sentido particular a la experiencia de envejecer y enfermar que es probable que en la situación institucional no haya sido tan perceptible directamente, pero definitivamente sí indirectamente. Las normas y pautas organizativas y culturales de la oferta del servicio a las personas adultas mayores era poco profesional y más bien de asistencia, de buena caridad, como una especie de servicio a la comunidad; no se percibía la emergencia por la profesionalización ni el cuestionamiento de la situación rural en el estado deficiente en que se encontraba el servicio o el efecto de la migración en las pocas visitas de los familiares a sus residentes, tampoco era observable para los dueños y trabajadores y para la comunidad en general, que la lejanía del asilo era un factor de la ausencia de apoyos y de la cada vez más frecuente retirada de los familiares por estar a dos horas de Monterrey o tener que cruzar la frontera para visitarlos. Este objetivo no fue abordado con profundidad, pero sin duda la cualidad rural fue destacada, fue un tema de conversación de los residentes y de los cuidadores conmigo; para ellos y ellas tenía un sensible sentido vivir en Los Ramones, ser ramonense, estar en un asilo en Los Ramones. Sin duda, la cuestión del envejecimiento rural en el noreste de México es un tema interesante de ser abordado en otras latitudes de la región. La particularidad de la zona rural, como se ha mencionado, resulta casi siempre de poco interés para los estudiosos de la Antropología o las Ciencias Sociales, tanto investigadores de la región de origen de la investigación, como de otras partes del país, y es, de mucho menos interés, la temática de vejez y envejecimiento y algunos otros temas sensibles de la salud en los espacios rurales, que no sean indígenas, en el norte del país.

De este modo, me parece que los trabajos que exploran la condición de vejez en espacios asilares posibilitan la descripción y el análisis de problemáticas que no sólo atraviesan el fenómeno desde una perspectiva de deterioro biológico a nivel

individual, también posibilita una aproximación colectiva y estructural al llevarse a cabo en un espacio físico y normativo delimitados.

La forma en que decidí abordar la temática por ello, se suscribió a teorías y metodologías flexibles, la cuales me permitieron explorar el entramado de relaciones que pueden encontrarse en entornos eminentemente intersubjetivos, pues un asilo, fue un espacio en donde confluyeron actores diversos de un contexto sociocultural y condición económica determinada que dentro de ciertas normas y rutinas de atención y cuidado asilar, revelaron tanto condiciones como posiciones de la relación que tenían unos con otros. De igual modo, cada sujeto de acuerdo a su trayectoria personal, fue apuntando y construyendo una fotografía que ilustraba las diversas aristas de la vida de los ancianos en encierro.

Las principales dimensiones teóricas que se presentaron fueron aquellas en las que los sujetos fueran siendo parte en su propia historia. Para mí, este trabajo requería que los adultos mayores pudieran comunicar su experiencia de vida como viejos y enfermos. De la mano de la descripción asilar, así como los tiempos y movimientos de la vida cotidiana, se realizó un análisis de la estructura asilar desde apuntes sociológicos, así como se observó a los actores en esta misma dinámica, desde una mirada intersubjetiva. La metodología por tanto, presentó puntos de partida paralelos, los cuales incluían el tratamiento detallado del espacio físico asilar, aspectos socioculturales de su ubicación geográfica y los criterios de inclusión y de trato a los actores.

Primero, se esbozaron los puntos de partida del tema, así como la dimensión del problema de esta investigación, el cual se distanció de perspectivas que no incluyen la voz de los sujetos de quienes se investiga. Asimismo, consideré apropiado discutir los abordajes biopsicológicos del problema, pues para el caso que me ocupaba, era necesario establecer la diferencia de un proceso del decaimiento de un organismo, al de la experiencia personal del sujeto con

determinada etiqueta de vejez y enfermedad en un momento específico y en referencia a relaciones sociales concretas.

Me interesó, a partir de las proyecciones sociodemográficas y las principales perspectivas de análisis de los estudios de envejecimiento, colocar al sujeto como la unidad de la cual se pueden desprender y analizar un conjunto complejo de aspectos relativos al proceso de envejecimiento biológico, pero que no se subordinan a éste. De este modo, no puede haber un fenómeno social tan trascendental en las sociedades contemporáneas como es el envejecimiento, si no es por el papel sustantivo que tiene el individuo que lo encarna en determinadas relaciones sociales, ya que es en el terreno individual y en los conjuntos sociales, en donde se hacen evidentes no sólo las determinantes socioculturales del problema, también donde se pueden analizar sus impactos individuales y sociales. No obstante, el discurso biologista basado en la evidencia celular del deterioro, la investigación biomédica, así como el abordaje estadístico, no están ajenos a esta dimensión, ya que también son espacios que están sujetos a una construcción social, por ello, también considero que el nuevo paradigma en el abordaje de los estudios de vejez y envejecimiento, es fundamental para comprender con una complejidad mayor este fenómeno.

En este sentido, me pareció importante incorporar la discusión en torno a la construcción del concepto de vejez, el cual, desde este trabajo, intenta ser producto de un trabajo etnográfico que retrató tanto las representaciones como las prácticas sociales en torno a la experiencia de envejecer y estar enfermo en el marco de una condición de asilo.

La perspectiva de cada sujeto, así como la propia dinámica asilar, me permitieron observar que, más allá de la narrativa de los sujetos sobre las prácticas rutinizadas de cuidado y atención, existen temas circundantes de la vida de los ancianos que en un asilo como este, elucidan una significación muy íntima de la experiencia de este proceso. Cada sujeto así, expone lo que realmente le es

relevante transmitir, recordar y omitir, y con esto explica en cierta manera las causas del internamiento.

Por un lado, estos temas están vinculados al terreno de las emociones como los sentimientos de tristeza, melancolía, resignación, miedo y desencanto por la vida, así como una actitud pasiva sobre la imposibilidad de salir o de rehacer su vida por pérdida de autonomía. Otros, se encuentran contenidos en la opinión de la calidad de la atención y de parámetros de violencia, ya sea física, mental o simbólica en el trato hacia los adultos mayores. Otros temas subyacentes de esta investigación, están relacionados con la infraestructura material y de recursos humanos del asilo, los cuales son insuficientes y no cubren las necesidades ni oficiales ni operativas; en este mismo sentido, se encuentra la notable ausencia de recursos humanos y la profesionalización y capacitación de los mismos. De igual modo, se encuentra el poco interés de la misma institución asilar, así como de dependencias gubernamentales y en específico de salud, de subsanar estas carencias frente a la creciente demanda de los servicios asilares privados, sobre todo en un contexto rural con alta soledad de los mismos. Aunque este asilo es de origen privado, tampoco puede catalogarse como una empresa lucrativa en su expresión más rígida, pues las cuotas no son excesivas y una amplia mayoría de los residentes las solventan con su pensión o con ayuda del apoyo de sus familiares.

Este escenario nos hace pensar que las personas adultas mayores son un tema de poco interés en las familias, en los microgrupos y en la sociedad en general pues, al menos en este ejercicio, pudimos constatar que el destino de los viejos tanto en calidad de vida de los últimos años de su vida, como en la negociación de ingreso y permanencia en el asilo es casi nula y no es una obligación de ninguna de las partes involucradas.

La mejora de las condiciones de vida no es un asunto primario en las agendas de salud. Esta indiferencia, o poca atención a la temática no sólo atraviesa el espacio de política pública o ya de recursos económicos, es un asunto que también está relacionado con el contexto y sujetos en donde se da el fenómeno, pues estos lugares mayormente resuelven necesidades de individuos y familias que no cuentan con recursos suficientes para sufragar atención más especializada, tanto en términos médicos como de cuidado, lo que nos hace pensar que otros adultos mayores en condiciones menos adversas económica y socialmente tienen probablemente un devenir menos problemático, aunque sería también materia de estudio.

Si bien, estar asilado no es una casualidad y como se vio, responde a diversas causas consecuencia de determinada trayectoria individual y de la manera en que los recursos y las percepciones familiares se dan sobre el cuidado a los viejos, la permanencia y la imposibilidad de salir, sí son un asunto condicionado por la estructura asilar y el diagnóstico médico. Estos dos elementos coadyuvan a mantener en cierto sitio no sólo las representaciones en torno a los ancianos de este estudio, es decir, retratados desde la vulnerabilidad y decrepitud inevitables, también siguen motivando la creación de más centros que en una etapa de envejecimiento demográfico posterior, pueden significar el desolador futuro de los muchos adultos mayores, pues un depósito social público o privado, parece ser la opción hasta ahora más viable para la atención y cuidado de los viejos con un grado de cronicidad inmanejable por las familias.

De esta manera, el asilo Sinaí tiene características equiparables a las de una institución total, en tanto que es un espacio que construye y reproduce vulnerabilidad social y personal en individuos atajados por una serie de enfermedades y atributos desfavorecedores en su entorno. Un tipo de institución como esta es un aparato de normas y reglas explícitas e invisibles de comportamiento y de control, de justificación de la segregación y la anulación de

las expresiones individuales y la personalidad, así como la experiencia de constante vigilancia e incomunicación.

Las instituciones dedicadas al cuidado y la atención de las personas mayores deben ser una preocupación social, en el caso retratado, por ser un espacio ineficiente y poco terapéutico para los residentes, así como ser promotor del aislamiento y el estigma de la población envejecida gracias al anonimato de las voces de los actores y la homogeneización de sus características. Asimismo, la vejez es diversa y revelarla tampoco es un asunto sencillo de hacer explicar en los individuos que la experimentan. No es una etapa gloriosa que en el espacio asilar alguien quisiera jactarse de vivir, interpretar y repensar, por el contrario, es una página frágil y ambigua en la vida de los sujetos.

Un reto importante en próximas investigaciones sobre vejez y envejecimiento es la prospectiva social, política y económica de un proceso que no podremos evadir, como es el envejecimiento y la presencia de padecimientos crónicos en gran parte de la población mexicana en las próximas décadas. La diversidad sociocultural en donde se suceden estos eventos, invita al estudio de estos problemas desde aproximaciones cualitativas y mixtas que arrojen nuevos datos, nuevas preguntas y otras soluciones. La problemática del envejecimiento demográfico es compleja y exige miradas que incorporen fundamentalmente la voz de los actores, quienes cotidianamente sobrellevan procesos de exclusión, violencias diversas, desatención e invisibilización.

Las proyecciones sociodemográficas avizoran un escenario masivo de población envejecida en una sociedad, todavía, con pocas estrategias sociales y económicas, tanto en términos de la capacidad de los sistemas de salud, como en la planeación que las familias y los sujetos mismos tienen para afrontar su envejecimiento y enfermedades. En un par décadas, habrá más de un sujeto envejecido por familia, lo que complica cualquier escenario futuro en proporciones todavía insospechadas para un contexto como el mexicano.

Sin duda, las casas de retiro, los asilos, las casas de día, no resultan, a mi parecer y de acuerdo a la información recabada en campo en esta investigación, la opción más viable, o no de la forma en que actualmente muchas de éstas llevan a cabo la oferta de sus servicios. Las necesidades específicas de esta población exigen análisis más detallados de la forma de vida de los sujetos y las personas que los rodean, así como invitan a reflexionar sobre la forma en que nuestra sociedad piensa y da asistencia a la población envejecida. En este trabajo me ha interesado mostrar que hay experiencias de vejez que hablan de las dificultades cotidianas de vida, pero también de las distintas voces de ancianos pidiendo ayuda, comprensión y nuestro interés.

Por ello, considero necesario repensar la viabilidad de estos espacios como opción de atención y cuidado, al menos en la forma en que se presenta en este estudio: como un lugar de cuidados prolongados y de estructura asistencialista que promueve más la exclusión que la integración a los contextos más inmediatos del sujeto cuyos objetivos no tienen que ver con la recuperación y mejora de la calidad de vida del sujeto, sino su mantenimiento pero quizá también en algún grado, de un deceso más próximo, pues al no contar con redes de apoyo familiares, servicio médico adecuado ni otras estrategias terapéuticas, se fomenta la languidez física, mental y para muchos de ellos y ellas, espiritual, que se evidencia en la alta cantidad de fallecimientos en épocas invernales y de celebraciones. Si bien es cierto que las políticas públicas de que se dedican a la población adulta mayor van en aumento, pocas de ellas se han interesado en el diagnóstico de las instancias asilares y su evaluación, y aunque hay una cantidad de instrumentos que pueden certificar la viabilidad de los servicios, pocas veces se interesan por lo que está experimentando el sujeto que recibe el mismo, por lo que desde mi perspectiva, todo intento de mejora que no incorpore lo que sienten y de reporte de lo que viven e interpretan las personas adultas mayores de su situación de internamiento prolongado, está condenado a dar una visión parcial del problema y no contribuye a su mejora, sino dar fe de que efectivamente algo se

está haciendo, discurso que a propios y extraños les resulta suficiente: familiares, gobiernos, instancias civiles o privadas y a la sociedad en general.

Finalmente, desde el aporte analítico y metodológico de la antropología médica, la contribución del estudio etnográfico de la situación en la que se encuentran los adultos mayores y la forma en que ellos sitúan y definen su vejez es necesaria para comprender holísticamente la problemática y contribuir junto a otros enfoques disciplinarios de teorización y aplicación de estrategias, a la difusión de este tema y a la búsqueda de soluciones de acuerdo al contexto sociocultural y las representaciones y prácticas cotidianas que brindan sentido al microgrupo en materia de salud, ya que son ellos mismos los que pueden ir generando sus propios recursos de solución, en tanto es el mismo grupo que lo padece, quien puede establecer criterios anclados al valor de su experiencia.

Bibliografía

Ariztizabal y otros, "Envejecimiento activo. Un proceso de todos y para todos". Maestros de la supervivencia Colombia, 2013.

Berger, Peter y Thomas, Luckmann. "La construcción social de la realidad". Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, 2003, pp. 36-88.

Bourdieu, Pierre; Chambordeon, Jean-Claude y Jean- Claude Passeron, "El oficio del sociólogo. Presupuestos Epistemológicos". Siglo XXI Editores. México, 2008.

Blumer, Herbert, "Symbolic Interactionism. Perspective and Method". University of Calofornia Press, 1998.

Castro, Roberto, "Teoría social y salud". Lugar Editorial. México; Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.

Charmaz, Kathy, "Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill", 1983. Consultado el 30 de mayo de 2015 en http://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/158532/mod_book/chapter/3334/Charmaz%20K.pdf

Clifford, James, "Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna. Gedisa Editorial. Barcelona, España, 2011, pp.41

Cruz, María Magdalena, "Farmacología en geriatría. Polifarmacia, prescripción inadecuada en adultos mayores". Consultado el 12 de marzo de 2015 en http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/15_Farmacologia.pdf

Devereux, George, "De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento". Siglo XXI Editores, México, 1977.

ENASEM, Boletín de prensa NÚM. 389/13 30 de Septiembre de 2013. Consultado el 12 de mayo de 2014 http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/ppt_enasem_2013.pdf.

Fitzpatrick, Ray. y otros, "La enfermedad como experiencia". Fondo de Cultura Económica. México, 1984, pp. 20.

Garfinkel, Harold, "Estudios en Etnometodología". Anthropos editorial. España, 2006.

Menéndez, Eduardo, "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad", en Relaciones no. 69, 2006, pp. 27-28,237- 272.

Geertz, Clifford, "El antropólogo como autor". Ediciones Paidós Ibérica. Madrid, España, 2010.

Grimberg, Mabel, "Narrativas del cuerpo. Experiencias cotidiana y género en personas que viven con VIH". En *Cuadernos de Antropología Social* No. 17, 2003, pp. 77-99.

Goffman, Erving, "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, 2001, pp. 26- 154.

Goffman, Erving, "Estigma. La identidad deteriorada". Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, 2006, pp. 56.

Huenchuan, Sandra, "Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento". Revisado el 23 de mayo de 2015 en <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp2.pdf>

INEGI, *Los adultos mayores en México: Perfil socio demográfico al inicio del siglo XXI*, 2005. Consultado el 12 de junio de 2014 en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

INEGI, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos Nuevo León*, 2013, Consultado el 2 de junio de 2015 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>

INEGI, *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos nacionales*, 2013. Consultado el 2 de junio de 2015 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>

INEGI, Marco geoestadístico nacional. Localidad geoestadística Hidalgo, Los Ramones, Nuevo León, Consultado el 12 de junio de 2014 http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/consulta_localidades.aspx

Lenoir, Remi, "Objeto Sociológico y problema social" en *Iniciación a la práctica sociológica*, 1993, pp. 57-102

Lee, Gabriel, "Consentimiento informado" revisado el 14 de abril de 2015 en <file:///C:/Users/luis%20gonzalez/Downloads/Dialnet-ConsentimientoInformado-4052693.pdf>, pp. 4.

Luxardo, Natalia y Alonso, Juan Pedro, "Cáncer e identidades en el final de la vida (Buenos Aires) *Scripta Ethnologica*, vol. XXXI, 2009, pp. 17-32. Consejo Nacional

de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina Consultado el 29 de mayo de 2015 en www.redalyc.org/pdf/148/14815616002.pdf

Marín, José Manuel, "Envejecimiento". *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*, 2003, Consultado el 24 de mayo de 2015 en <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Martínez, Teresa, "Diseño e Implementación de los programas de intervención psicosocial en las residencias para personas mayores" en Fernández, R. (Ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, 2008, pp. 308-333.

Menéndez, Eduardo, "Antropología médica: espacios propios, campos de nadie", en *Revista Nueva Antropología*, 1997. No. 51, pp. 83- 103.

Menéndez, Eduardo, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* 2ª edición, Prohistoria ediciones, 2010, pp. 294

Montes de Oca, Verónica, "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo", En *Revista Renglones*, 2010. No. 62, pp. 159-181.

OMS, "Promoción del uso racional de medicamentos" apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf

Pecheny, M. y otros, "La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos". Manuscrito, s.f.

Pecheny, Mario; Manzelli, Hernan. y Daniel Jones, "Vida cotidiana con VIH/Sida y/o hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización". CEDES, Buenos Aires, 2002, p.8.

Pérez, Amaia, “Estrategias feministas de deconstrucción del objeto de estudio de la economía”, en foro interno, 2004.

Pérez, Robert, “La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores”, En *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*, Fernando Quintanar (coord.). Editorial Pax, México.

Rendón, Teresa, *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en el México del siglo XX*, México, CRIM-PUEG, 2003, pp. 35 – 55.

Resources & Education for Stroke Caregivers' Understanding & Empowerment (RESCUE), “Hogares de Ancianos, Instituciones de Vida Asistida y Otros Centros de Cuidado a Largo Plazo”, Revisado el 2 de marzo de 2015 <http://www.rorc.research.va.gov/rescue-espanol/docs/community-resources/long-term-care.pdf>

Robles, Leticia, “La vejez. Nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas”. En *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, vol. XXVII, núm. 105, 2006, pp. 140-175 El Colegio de Michoacán, A.C Zamora, México Revisado el 12 de abril de 2015 en <http://www.facso.uchile.cl/observa/LA%20vejez%20nuevos%20actores%20relaciones%20sociales.pdf> pp. 155.

Robles, Leticia, “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar”, 2008. En *Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun*, revisado el 14 de abril de 2015. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/02.pdf>

Schutz, Alfred, *Fenomenología del mundo social*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1932.

Schutz, Alfred, "El problema de la realidad social", El mundo del sentido común, 1995.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación", Paidós, España, 1987, 23-33.

Triadó, Carme y Villar, Feliciano, "Psicología de la vejez". Alianza Editorial, Madrid, 2006.

Vázquez, Felipe y Ronzón, Zoraida, "Tendencias de investigación en antropología de la vejez en México", Ichan Tecolotl. Año 25. Núm. 291, Noviembre 2014, pp. 11, 12.

Zetina, Lozano, María Guadalupe, "Conceptualización del proceso de envejecimiento". Papeles de Población [en línea] 1999, 5 (enero-marzo). Consultado el 22 de septiembre de 2015 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>