



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

**REPRESENTACIONES SOCIALES
DE LA VEJEZ INSTITUCIONALIZADA**
ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO EN UNA RESIDENCIA
DE CUIDADO PROLONGADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA
ALAÍDE VENTURA MEDINA

TUTOR: DR. RAFAEL PÉREZ-TAYLOR ALDRETE
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Toda escritura existe gracias a otros. Muchas personas contribuyeron a que esta tesis fuera posible. A que yo misma fuera posible.

Agradezco en primer lugar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que me permitió pagar mi renta durante dos años y continuar estudiando. A los profesores y coordinadores del posgrado en Antropología de la UNAM también les doy las gracias y les extiendo mi más sincero respeto.

A Rafael Pérez Taylor por confiar en mí y en mi proyecto. Pero, también, por regalarme una perspectiva distinta y más amplia a partir de las ciencias de la complejidad.

A Mario Castillo, Gilberto Hernández, Samuel Herrera y Carlos Serrano les agradezco su lectura cuidadosa y crítica. Gracias por ayudarme a mejorar el borrador, aprecio enormemente las horas que pasamos en el instituto.

A Guillermo Carrasco y Verónica Montes de Oca, que me contagiaron su entusiasmo por los estudios sobre la vejez y que al mismo tiempo me dieron rigor. Su ejemplo continúa inspirándome cada día.

A mis papás, que aguardaron con paciencia, mucha o poca, a que este día llegara. A mi hermano, mi primer cómplice y más agudo lector. A mi abuela Evangelina, que me enseñó todo lo que sé sobre la vejez y sobre la vida. A mis sobrinos, que me devuelven la confianza en el futuro.

A la familia en la que nací. Corrijo: en la que broté. No imagino un mejor ecosistema para crecer que el que ustedes inventaron para mí.

A mis amigos, que creyeron en mí durante todo el trayecto. A los que nunca dejaron de preguntarme por la tesis, a los que siempre se interesaron en mi proyecto. Mi amor por ustedes no cabe en un párrafo.

A Luisa Ávila, Daniel Calderón, Tonantzin Medina, Sara Morán y el resto de mis compañeros de generación, con quienes es un privilegio compartir el interés por la Antropología.

Y finalmente, como todo, como siempre: a Pablo, el gigante que mantiene mi mundo en su lugar.

Algo debo haber hecho bien para vivir rodeada de personas tan brillantes. Que vengan nuevos retos, estaremos listos para lo que sea. Después de todo, sé que nos veremos envejecer.

ÍNDICE

Introducción

I. Marco teórico-metodológico

- 1.1. Las representaciones sociales (RS)
- 1.2. La etnografía
- 1.3. Las representaciones sociales y la antropología
- 1.4. Antecedentes teóricos del envejecimiento
 - 1.4.1. El proceso de envejecimiento
 - 1.4.2. El envejecimiento biológico
 - 1.4.3. El envejecimiento psicológico
 - 1.4.4. El envejecimiento social
 - 1.4.5. El envejecimiento demográfico
- 1.5. Las instituciones totales
 - 1.5.1. La vejez asilada en México
 - 1.5.2. El asilo Arturo Mundet
- 1.6. Investigaciones previas: las representaciones sociales de la vejez
- 1.7. Investigaciones previas: la vejez asilada

II. Etnografía de una institución total: el asilo Arturo Mundet

- 2.1. El acercamiento
- 2.2. El espacio
- 2.3. La rutina
- 2.4. Los ancianos

III. Análisis: En busca de la representación social de la vejez asilada

IV. Conclusiones provisionales

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible que afecta a todos los organismos vivos. En términos biológicos se define como un deterioro progresivo de las capacidades físicas del cuerpo y, como consecuencia, de la mente y de las posibilidades de actuación en la vida cotidiana. Comienza con el envejecimiento de cada célula, afectando de manera piramidal a los tejidos, a los órganos, a los sistemas y, finalmente, al cuerpo en su totalidad. Podemos afirmar que se trata de un proceso complejo porque los factores que intervienen en él son tantos que resultan inabarcables y escapan a las predicciones humanas. Especialistas de diversas ramas de la ciencia han conseguido comprender algunos de los procesos, complejos a su vez, que conforman al envejecimiento, pero aún nadie ha logrado comprender el fenómeno de manera global. Tampoco existe, hasta el momento, ninguna sustancia, procedimiento o artilugio capaz de retrasarlo, mucho menos detenerlo, a pesar de las altas inversiones financieras y humanas con que cuenta la llamada “industria del no-envejecimiento”.

La vejez es una condición a la que llegará la mayoría de los organismos; constituye la fase final del tiempo de vida (del inglés *lifespan*). Afirmando que no todos los organismos llegarán a la vejez, debido a que algunos, los menos afortunados, morirán antes.

De lo anterior se desprende que envejecimiento y vejez no son sinónimos: el primero define al proceso y el segundo, al estadio de vida.

Para hablar de la vejez, es necesario partir de la noción misma de edad. A pesar de que ambas categorías se encuentran naturalizadas y son comúnmente aceptadas como obvias, en realidad no son “un dato inmediato de la conciencia universal”, sino “el producto

de una práctica social determinada” (Lenoir, 1993). Se trata, en otras palabras, de construcciones sociales y culturales.

La vejez puede ser llamada de formas muy diversas al interior de una misma sociedad. En México destacan los apelativos eufemísticos que buscan suavizar el concepto, sobre todo en el uso oficial, gubernamental: “tercera edad”, “adultos mayores”, “adultos en plenitud”, “gente grande”. Por contraparte, los términos más difundidos en el habla cotidiana de la gente común, son “viejo”, “anciano” y “abuelo”.

El envejecimiento humano se construye desde una base biofísica, pero también está determinado, delimitado, por la sociedad circundante. De aquí que la edad social no sea la misma que la edad biológica. Podemos decir, citando a Mishara y Riedel, que la edad social designa “los papeles que se puede, se debería, se pretende, se desea o han de desempeñarse en la sociedad” (Mishara y Riedel, 2000, p. 27). Hablamos de la vejez como un período o estadio al que un sujeto se adscribe en función de sus roles.

Cada sociedad reviste al envejecimiento de connotaciones positivas o negativas. Estas dependen de los contextos particulares, y por ello es necesario que sean examinadas de manera específica. El envejecimiento es universal y a la vez particular: es un proceso biológico inevitable y, al mismo tiempo, es un concepto que está determinado por el entorno sociocultural.

Si la llegada a la vejez no es un evento delimitado de manera estricta, señalar su arribo en un calendario es imposible. Sin embargo, somos una sociedad empeñada en ordenar los tiempos vividos, y uno de los mecanismos que empleamos para dicha tarea es la diferenciación por grupos de edad. De tal modo que las personas son divididas en múltiples grupos, dependiendo de su edad cronológica. Los grupos más frecuentes son: niños, jóvenes,

adultos y ancianos. A cada uno de estos grupos etarios, la sociedad les otorga atributos de identidad: cualidades que los caracterizan frente a los demás. Estos atributos, a su vez, están en relación directa con las pautas de significados que cada sociedad atribuye a las diferentes categorías sociales definidas por edad, así como con los roles que es socialmente esperado que desempeñen los sujetos. Podemos decir, de manera general, que en la sociedad urbana-industrial, la infancia se ha asociado con la actividad escolar, la edad adulta, con la actividad productiva, y la vejez, con un retiro paulatino de la vida laboral, económica y social. En un contexto pluriétnico y pluricultural como el mexicano, estos atributos divergen y muchas veces se oponen: el imaginario no siempre se corresponde con el hecho real.

Dichas nociones se han construido culturalmente. Barros nos recuerda que “aunque estas ideas son objetivamente falsas, se las cree verdaderas por el simple hecho de que forman parte de nuestra cultura” (Barros, 1994, p. 60). Por muy arraigadas que estén en sociedades como la nuestra, son arbitrarias y no corresponden necesariamente con la edad biológica de cada individuo.

Las categorías etarias se cruzan, además, con las categorías de género, las cuales varían también de acuerdo con el contexto social y cultural de que se trate. Al respecto, Ginn y Arber señalan que: “el sentido de la edad social coincide de alguna manera con el concepto de género: se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conducta adecuadas, a las percepciones subjetivas [...] y a la edad atribuida” (Ginn y Arber, 1996, p. 24). A manera de ejemplo, podemos ver que uno de los múltiples factores que explican la presencia constante de mujeres en asilos es resultado de las estrategias familiares y matrimoniales socialmente permitidas en nuestra cultura. Al respecto, Montes de Oca nos recuerda que “socialmente es aceptado un hombre mayor casado o unido a una mujer mucho más joven, mientras que una

mujer mayor difícilmente puede consolidar este tipo de relaciones” (Montes de Oca, 1999, p. 311). La situación de vulnerabilidad de las ancianas se acentúa en tanto “la participación de las mujeres ancianas en la vida social y económica ha sido sumamente limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida” (Salgado de Snyder y Wong, 2007, p. 516). En nuestro país, la mayoría de las mujeres ancianas se caracteriza por su “bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, falta de la pareja durante la vejez y la pérdida económica y de protección institucional” (*Ibidem*).

En términos sociales, es posible hablar de un envejecimiento demográfico, que deriva del incremento absoluto y porcentual del número de personas mayores, efecto del proceso mundial de transición demográfica. Es posible explicar dicho proceso a través de dos variables: el aumento progresivo de la esperanza de vida, que eleva la cifra absoluta de personas mayores, y el descenso de la tasa de natalidad, que resulta en una mayor proporción de ancianos. Como consecuencia, se obtiene un envejecimiento de la población particularizado según las características de cada país: en los países más desarrollados económicamente, la transición comenzó en el siglo XVIII y en la actualidad se encuentra en las fases finales del proceso, mientras que en los menos desarrollados, como México, el proceso se inició más recientemente y, sin embargo, debido a la intensidad de los cambios demográficos, se despliega con gran rapidez, convirtiéndose en un problema nacional. Ham alerta al respecto que: “en menos de cuatro décadas se lograrán porcentajes de población en edades avanzadas que a los países europeos les tomó más de dos siglos en alcanzar” (Ham, 2003, p. 15). Es pertinente señalar que aun en las circunstancias más favorables, con un desarrollo económico y social alto, el envejecimiento “está llevando a los sistemas sociales,

económicos, de seguridad social y de salud, a crisis por insolvencia e incapacidad para la atención de las personas en edades mayores” (Ham, 2003, p. 43). Esta situación es doblemente preocupante para el caso de un país como México: pobre y con una desigualdad social acentuada.

El crecimiento del estrato anciano de una sociedad conlleva repercusiones financieras, laborales, familiares y sociales. Para los países pobres, como México, el envejecimiento de su población significa que, “la sociedad [...] envejecerá sin que el país alcance los niveles adecuados de desarrollo para hacerle frente” (Ham, 2003, p. 42). Cuando el techo financiero con que cuentan los gobiernos de todos los niveles resulta insuficiente para hacer frente a las necesidades de este grupo social, su inadecuación repercute negativamente en la calidad de vida de los viejos. Algunos de los problemas más apremiantes son: la falta de seguridad social y de sistemas de pensiones, el desplazamiento de la fuerza de trabajo hacia edades más avanzadas y la vulnerabilidad de las condiciones de salud y vivienda, entre otros.

Una de las políticas públicas enfocadas a la tercera edad consiste en la creación de espacios de cuidados de largo plazo donde puedan residir las personas envejecidas que no se encuentren en facultad de ocuparse de sí mismas. Los motivos que justifican el surgimiento y proliferación de este tipo de instituciones son el aumento en el número de ancianos y la desasimilación del anciano por parte de su familia. Ambos factores, en algunos contextos, se suman a la pobreza. (Quintanar, 2000). En palabras de Tapia (1994, p. 27), los asilos constituyen “la primera manifestación social de preocupación por la situación de los ancianos marginales”. Lo cierto es que, aunque hay asilos de mucha antigüedad, la demanda de residencias es mayor cada día, en relación directa con el envejecimiento poblacional.

En México, el surgimiento de los asilos se remonta a la conquista europea y a la idea cristiana de los hospitales. Para la nación moderna, los antecedentes directos de este tipo de espacios son las órdenes religiosas, así como las casas de asistencia social. En la Ciudad de México los asilos, junto con los orfanatorios, ocupan el segundo lugar en población institucionalizada, después de las cárceles (Gomes, 1997, p. 187). Aquí se ubican cincuenta instituciones que funcionan como albergues de larga estancia. Estas son operadas, en su mayoría, por la Junta de Asistencia Privada de la Ciudad de México; algunas otras, por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) y por la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Finalmente, dos más son dirigidas por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (López, 1999).

Es en uno de estos contextos donde llevé a cabo la presente investigación. Se trata de una de las casas de reposo del DIF en la Ciudad de México, con población dependiente. El asilo Arturo Mundet es considerado “la primera institución oficial construida especialmente para ancianos” en el México contemporáneo (Quintanar, 2000, p. 171), la primera que fue creada sin vinculación con las órdenes religiosas.

Sabemos, de manera general, que la población anciana asilada cuenta con pocos apoyos intra y extradomésticos, así como con relaciones familiares mínimas. El individuo vive lejos de su familia filial, o carece de ella, y su red social se disuelve. Sin embargo, esta falta de relaciones sociales no comienza una vez que el sujeto se ha mudado al asilo; es previa. De hecho, la falta de apoyos intra y extradomésticos es la que orilla a los ancianos a residir en el asilo, ya sea que hayan llegado de manera obligada, forzados por sus familiares o por la institución, o que hayan optado por esa opción tras sopesar sus alternativas: precariedad alimenticia, mala salud, enfermedades mal tratadas. Hay que recordar que los

ancianos del asilo Mundet son población de estrato socioeconómico bajo, con un nivel educativo básico o inexistente y una falta casi total de redes familiares.

Las investigaciones sociales sobre el envejecimiento en México han sido realizadas principalmente desde la demografía de la seguridad social y muy escasamente desde un enfoque antropológico (Ham, 2003). Es en esta materia que los trabajos de Reyes (2002 y 2006) y Vázquez (2003 y 2006) son pioneros y resultan muy valiosos, ya que resaltan la necesidad de plantear la problemática del anciano “a partir del sujeto y su realidad empírica [priorizando] el trabajo cualitativo” (Vázquez, 2003, p. 226). Ambos autores se preocupan principalmente por la vejez en contextos rurales, pero su mirada es amplia y abarca temas que van desde la espiritualidad en los ancianos (Vázquez, 2003) hasta las cuestiones de vida y enfermedad (Reyes, 2002).

Con respecto a las instituciones asilares, hay que decir que este tema no ha sido abordado de manera amplia desde la antropología. Tenemos como antecedentes los trabajos de Henry (1970) y Fericglá (1992), aunque éstos refieren a contextos distintos y casi incompatibles con el mexicano: estadounidense y catalán, respectivamente. La escasa investigación antropológica en instituciones asilares mexicanas puede deberse a que, en palabras de Montes de Oca: “la información que se puede tener sobre los ancianos que residen en ellas es prácticamente nula. No existen los canales para obtener un mayor conocimiento sobre esta gente” (Montes de Oca, 1999, p. 312). Sabemos poco sobre las nociones y representaciones sociales que nuestra sociedad ha estructurado con respecto a las instituciones totales; tampoco sabemos cómo dichas nociones y representaciones colectivas se relacionan con el conjunto de prácticas al interior de los asilos.

De lo anterior se deriva la pertinencia de indagar sobre las representaciones colectivas de la vejez asilada, de explorar la noción de vejez que poseen los ancianos que residen en una institución asilar, así como los atributos que la sociedad otorga la vejez y, en específico, a la vejez asilada. Por desgracia, en México no hay estadísticas precisas acerca del número de ancianos que viven en instituciones asilares (Krassoievitch, 1993). Tenemos, no obstante, la aproximación de que actualmente existen más de 115 asilos registrados en el área metropolitana de la Ciudad de México, mismos que cubren diferentes rangos de necesidades de los ancianos asilados. También sabemos que, a pesar de que la oferta de este tipo de instituciones crece cada día, la demanda también se incrementa a pasos agigantados¹.

Conocemos poco sobre el funcionamiento de los asilos y, por consecuencia, tampoco contamos con mucha información al respecto de las representaciones sociales de la vejez en este tipo de instituciones de encierro. De lo anterior se desprende mi interés por analizar, desde una perspectiva antropológica, cuáles son las representaciones sociales de la vejez dentro de uno de los asilos de mayor tradición en la Ciudad de México, el Centro gerontológico Arturo Mundet, y cómo se materializan en la práctica del cotidiano.

Para realizar esta investigación, parto de las siguientes preguntas eje:

¿Cómo son las representaciones sociales de la vejez entre los ancianos que residen en el asilo Mundet? ¿Cómo inciden en las prácticas sociales que dichos sujetos establecen en el cotidiano? Las posibles respuestas a mis preguntas principales, redactadas a manera de hipótesis de trabajo, son las siguientes:

Las representaciones sociales de la vejez inciden de manera directa en las prácticas sociales que los sujetos establecen en el cotidiano, y más aún: inciden en su autopercepción, en su

¹ Quintanar refiere que, en el año 2000, en la Ciudad de México se atendía de manera asilar a 5% de los ancianos metropolitanos” (2000, p. 170).

estado general de ánimo y en su calidad de vida. La concepción que cada sujeto tiene para sí mismo de la vejez ha sido construida socialmente y en comunidad, a la vez que depende de su historia personal. Al situarse en una institución total, donde la espacialidad obliga a que sujetos de pertenencia social diversa establezcan relaciones sociales forzadas, provoca un contraste de representaciones individuales que pueden llegar a generar una nueva representación social.

Para responder a las interrogantes, he delimitado un objetivo general: indagar la relación entre las representaciones sociales que tienen los ancianos asilados sobre su propia vejez, individual y compartida, y las prácticas sociales que de ellas se derivan.

Como objetivos particulares se desglosan los siguientes:

- a) Conocer y analizar las nociones sobre vejez asilada entre ancianos que residen en el asilo Mundet.
- b) Conocer y analizar las prácticas de la vida cotidiana al interior del asilo.
- c) A manera de indagación teórica, también me interesa explorar si los asilos, en específico el Mundet, pueden ser entendidos como instituciones totales siguiendo los postulados de Goffman (2001).

Esta investigación ha sido desarrollada empleando el método antropológico por excelencia: la etnografía. La *etnografía de la escritura I* (Pérez-Taylor, 2016), consistió en una documentación amplia y extensa sobre el proceso de envejecimiento y sobre las representaciones sociales de la vejez. Una vez abordado a profundidad el tema, desde el gabinete y con las fuentes, procedí al siguiente paso: la etnografía en campo. El trabajo de campo es, quizá, la herramienta más valiosa para cualquier antropólogo, ya que es mediante

una estancia prolongada en el lugar, que consigue recopilar la información que busca, sin perder nunca de vista los marcos previamente establecidos y los objetivos a cumplir. En mi caso, durante la estancia en el asilo logré entrevistar en profundidad a once residentes del asilo, en su mayoría mujeres, en correspondencia con la proporción demográfica de la institución. No hay que olvidar que toda representación social se construye en la intersubjetividad y que está relacionada con la memoria individual y colectiva de los sujetos que comparten su vida al interior del asilo. Era necesario, por tanto, explorar las historias de vida de los sujetos, sus autoconcepciones, para poder acercarme a la representación social.

Por medio de la etnografía indagué también las prácticas sociales al interior del asilo, entendido este como una institución total. El *estar-ahí* es un método que no tiene comparación dentro de la disciplina antropológica. Es necesario observar, escuchar, percibir el día a día, para acercarse a un entendimiento de la realidad social. Si bien las entrevistas pueden ofrecer información valiosa, no hay como la charla informal, establecida en el cotidiano, para develar los matices de las prácticas de los sujetos y sus motivaciones.

Para la interpretación de los datos recurrí a la teoría de las representaciones sociales (RS) en busca de las nociones en torno al objeto: la vejez en los asilos. Las RS son, de manera simultánea, “el producto y proceso de una actividad mental por la cual un individuo o un grupo reconstruye lo real con el que está confrontando y le atribuye una significación específica” (Abric, 2004, p. 13); encuentran su antecedente más inmediato en las representaciones colectivas de Durkheim (1997) y, aunque su cimentación teórica y metodológica estuvo a cargo de Moscovici y sus alumnos, psicólogos sociales, es posible retomarlas para estudios de corte social y antropológico. Las RS permiten enlazar los aspectos cualitativos y cuantitativos y establecer un puente entre el pensamiento y la acción.

Dado que la vejez es un fenómeno complejo en torno del cual convergen procesos históricos, biológicos, económicos, psicosociales y, por supuesto, culturales, considero viable su análisis a partir de las RS. Existe, en palabras de Giménez, una imperiosa “necesidad de que el análisis de la cultura trabaje en las fronteras de las diferentes disciplinas sociales, ya que los estudios culturales son y sólo pueden ser, por definición, multidisciplinarios” (Giménez, 2005, p. 409). Si concedemos que las RS pueden derivar en conductas y comportamientos, es preciso voltear la mirada a las nociones que existen alrededor de la vejez y su institucionalización, para frenar o paliar algunas repercusiones negativas, sobre todo si partimos de la consideración de que en un período de mediano y largo plazo, los ancianos de nuestro país constituirán la mayoría poblacional (Ham, 2003), representando lo que algunos teóricos llaman “sociedad anciana” (Bazo, 1990)².

El aumento en el número de ancianos, sumado a la reducción del tamaño de las viviendas en las grandes ciudades, a la insuficiencia de recursos y a la falta de una perspectiva social y comunitaria, convierte a las instituciones geriátricas en la mejor opción para muchos ancianos en condiciones de necesidad y dependencia (Buendía y Riquelme, citados en Salvarezza, 1998, p. 357). Los organismos responsables, en nuestro contexto nacional el Inapam y el DIF, intentan satisfacer las necesidades de vivienda y cuidado de un gran número de ancianos mediante el uso e instituciones geriátricas. Los asilos para ancianos son también llamados “residencias de estancia prolongada” o “casas de reposo”. Las denominaciones utilizadas para referirse a estos espacios dependen de su uso oficial,

² Para el año 2005, el segmento de adultos mayores –de sesenta años y más– conformaba el 7.7% del total poblacional; se prevé que esta cifra crezca hasta alcanzar el 25% en los próximos cincuenta años (Conapo, 2004). A nivel nacional, la Ciudad de México es la entidad con mayor proporción de habitantes mayores de 60 años, casi uno de cada diez, (Conapo, 2005).

gubernamental³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) entienden los cuidados de largo plazo como “una serie de servicios diseñados para las personas que no son completamente capaces, sobre una base de largo plazo, del cuidado de sí mismos” (CISS, 2006).

A pesar de que los asilos cumplen una función social primordial, son objeto de un rechazo casi absoluto por parte de los ancianos. Fericgla (1992) menciona que hay factores simbólicos, inmediatos, afectivos y materiales que fundamentan esta desestimación. ¿Qué sucede entonces con los individuos que, al no contar con otras opciones, se ven obligados a residir en un asilo, rompiendo con un estilo de vida determinado? El mismo autor asegura que “si bien la calidad de la vida material mejora realmente para muchos de ellos, no sucede lo mismo con la dimensión social de la vida humana” (Fericgla, 1992, p. 282). Éste es el tema que interesa a la presente investigación.

El Mundet⁴, nombre común del asilo, es hogar de alrededor de 150 adultos mayores de ambos géneros, con una marcada predominancia femenina: dos tercios de los habitantes son mujeres. Para ingresar a la residencia, los ancianos deben ser autosuficientes y encontrarse en situación de desamparo social. El asilo cuenta con una normatividad interna que condiciona la conducta de los actores sociales en sus procesos cotidianos.

El asilo Mundet cuenta con habitaciones comunitarias separadas por géneros, espacios comunes y extensas áreas de esparcimiento. Ofrece una amplia gama de servicios gerontológicos: alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, odontológica, psicológica, de rehabilitación, trabajo social, actividades ocupacionales, recreativas y

³ Cabe aquí la aclaración de que usaré los términos: “asilo”, “casa de reposo” y “estancia de largo plazo” de forma indistinta, para referirme al espacio específico en que fue desarrollada la presente investigación: el Centro gerontológico Arturo Mundet.

⁴ Ubicado en Revolución No. 1445, Col. Tlacopac, Del. Álvaro Obregón. Ciudad de México, México.

culturales (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1999, p. 252-256). En este sitio conviven y se relacionan tres tipos de actores sociales. En primer lugar, los adultos mayores, divididos a su vez en dos subgrupos: por un lado, quienes residen de tiempo completo en la casa hogar y, por el otro, aquellos que acuden durante el día a los talleres de autoempleo o a la clínica geriátrica. En segundo lugar se encuentran las personas encargadas del cuidado y administración de la estancia, así como los estudiantes y profesionistas que prestan sus servicios: médicos, psicólogos y trabajadores sociales. El último grupo está compuesto por los familiares y amigos que visitan a los ancianos.

La importancia de realizar investigaciones sobre la vejez radica en la vulnerabilidad social de este sector etario, el cual crece a un ritmo acelerado en términos absolutos y porcentuales. Comprender las RS de los ancianos y cómo estas inciden en el cotidiano puede ser de utilidad para emprender acciones que eleven su calidad de vida. No hay que olvidar que las RS inciden invariablemente en la práctica.

Esta tesis está dividida en cuatro capítulos. En el primero presento un acercamiento de carácter teórico-metodológico al trabajo antropológico y examino la viabilidad de la teoría de las RS para un análisis de este tipo. También presento la reflexión teórica sobre el proceso de envejecimiento desde tres ámbitos: biológico, psicológico y social, así como una conceptualización del envejecimiento. Asimismo, ofrezco el marco histórico de la vejez asilada en México y los antecedentes de investigación que sirven como referentes inmediatos. En el segundo capítulo presento la descripción etnográfica de la vida cotidiana que se desarrolla adentro del asilo: las prácticas e interacciones sociales de los residentes y con las personas que allí laboran. En este apartado he integrado las entrevistas a profundidad y las historias de vida de los sujetos. El tercer capítulo está dedicado al análisis

de las nociones y prácticas alrededor de la vejez, retomando los elementos teóricos que fueron delineados en los primeros capítulos. Aquí examino las entrevistas a profundidad y los cuestionarios: las representaciones sociales de la vejez asilada, así como la visión institucional de la asistencia asilar. También indago en las prácticas culturales detectadas mediante la etnografía. Finalmente, describo cuáles son las RS de las instituciones asilares y cómo se relacionan con las prácticas culturales. Este debate permitirá enunciar los resultados de la investigación en el cuarto capítulo, a manera de conclusiones provisionales.

I. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

La presente investigación consiste en una etnografía del asilo como institución total, dentro del marco de la teoría de las RS. A continuación aparecen desglosados los elementos teóricos y metodológicos que sustentan el análisis.

1.1. Las representaciones sociales (RS)

Moscovici acuñó el concepto teórico-metodológico de RS en 1961 con la publicación de su investigación sobre el psicoanálisis (Moscovici, 1979). A pesar de que, a decir de algunos teóricos, como Abric, dicha teoría sería prácticamente ignorada por la comunidad científica durante varios años (Abric, 2004, p. 5), hoy constituye una estrategia teórico-metodológica fundamental para una gran cantidad de investigaciones de corte social. Trabajos que de tan diversos resultan disímiles dan cuenta del gran impacto de la teoría de las RS en diversas disciplinas: psicología, trabajo social, antropología, sociología, comunicación e inclusive medicina⁵.

La noción presentada por Moscovici abría las puertas a la transdisciplina⁶, al integrar en una única teoría aspectos mentales y estructura sociocultural, representación y acción, psicología y ciencia social. La diferencia radica en su implementación. Para el desarrollo de una investigación antropológica, como ésta, la metodología evidente sería el trabajo de

⁵ Investigaciones como: la RS de la violencia en jóvenes de la Barra Puma Rebel (Patiño, 2015), la RS de los murciélagos en estudiantes de bachillerato en Iztapalapa (Carvallo, 2013) o la RS del aborto entre población masculina (García, 2007).

⁶ La transdisciplina está relacionada con el cruce de fronteras disciplinares y de otro tipo de saberes en la construcción del conocimiento. Sin embargo, no se detiene en las “interacciones y reciprocidades entre conocimientos e investigaciones especializadas, sino que sitúa esas relaciones entre disciplinas al interior de un sistema sin fronteras entre las disciplinas (Piaget, referido en Luengo, 2012).

campo. La necesidad de rescatar y reforzar el vínculo entre la antropología y la psicología ha sido señalada por Sperber, quien menciona que la antropología, en sus inicios, durante la época en la que Malinowski era estudiante, era un campo de investigación ligado y compenetrado con la psicología, mientras que hoy “[antropología y psicología] son menos los nombres de dos ciencias que dos tipos de departamentos universitarios” (Sperber, 2005, p. 58). Para él, la psicología se queda corta en su caracterización y explicación de los fenómenos culturales, a los que él entiende como modelos ecológicos de fenómenos psicológicos. Lo que propone, en cambio, es una epidemiología de las representaciones, entendiendo epidemiología como el rastreo y análisis de la transmisión y distribución de un dato determinado: en este caso el de una representación⁷. Para él, “la mente humana es susceptible a las representaciones culturales del mismo modo que el organismo humano lo es a las enfermedades” (Sperber, 2005, p. 59)⁸.

La teoría de las RS nació en la escuela francesa de Psicología Social. Fue delineada y puesta en práctica por Moscovici, aunque su antecedente más directo se remonta medio siglo atrás, a las representaciones colectivas que interesaron a Durkheim, quien apuntó que “la vida social estaba hecha en su totalidad de representaciones” (Durkheim, 1997, p. 13), y

⁷ Para Sperber, de hecho, las representaciones pueden pertenecer a un individuo o estar presentes en una colectividad. Esta categoría sería homologable con las RS. Según su planteamiento, aquellas representaciones “distribuidas de manera generalizada y duraderas son aquellas a las que nos referimos sobre todo cuando hablamos de cultura. Sin embargo, no existe un umbral, un límite a un lado del cual estén las representaciones culturales y a un lado las individuales” (Sperber, 2005, p. 59). Este umbral inexistente puede ser creado artificialmente por el investigador, al momento de abordar el análisis de las RS. Aquellas representaciones distribuidas y estructuradas colectivamente pueden ser consideradas sociales, dejando atrás las representaciones individuales no compartidas.

⁸ Si bien este planteamiento podría parecer reduccionista en primera instancia, lo cierto es que forma parte de una propuesta novedosa y densamente fundamentada, que comprende campos que van desde la cognición hasta el análisis de datos. Para los fines de la presente investigación, dirigida a entender cómo una RS se traduce en acciones determinadas y no tanto cómo es transmitida de un sujeto a otro y de un grupo social a otro, la epidemiología de las representaciones funciona únicamente como un marco informativo y metodológico que abona a la necesidad de trabajar en conjunto entre disciplinas, y no en parcelas de conocimiento. Para cumplir con el objetivo original, decidimos mantenernos en el campo de las RS desarrollado por la escuela francesa.

sin embargo no estuvo dispuesto a enlazar las conciencias individual y social en un planteamiento único. Llegó incluso a defender la tesis de que “los estados de la conciencia colectiva son de una naturaleza diferente a los de los estados de una conciencia individual [y por lo tanto] son representaciones de otro tipo” (Durkheim, 1997, p. 22) y se apegó con firmeza a la división entre psicología y sociología, al grado de afirmar que “en ningún caso puede la sociología, simple y llanamente, tomar prestada de la psicología tal o cual de sus proposiciones para aplicarla tal cual a los hechos sociales” (Durkheim, 1997, p. 26). Con los años, las teorías han cambiado y hoy se acepta, no sin reservas, la necesidad de la transdisciplina⁹.

Establecer una definición de las RS es una tarea complicada. El mismo Moscovici ha afirmado que es un concepto perdido, en el sentido de inasequible, extraviado, y que “es fácil captar la realidad de las RS, mas no su concepto” (Moscovici, 1979, p. 27). A pesar de dicha dificultad, la definición que planteamos para enmarcar teóricamente la presente investigación es la siguiente: las RS son el mecanismo, estructurado y estructurante, mediante el cual el sujeto, adscrito a un grupo social, metaboliza una noción determinada socialmente. La nueva noción que emerge, en combinación con la suma de sus experiencias individuales, resulta en una representación del hecho real que no necesariamente se ajusta al hecho en sí, pero que delimita el campo de acción de algunas prácticas al interior de su grupo social. Este proceso, repetido y compartido, se convierte en un imaginario que regula a la vez que reproduce. Es el caldo de cultivo para el nacimiento de los estereotipos, las nociones se solidifican con el paso del tiempo y las cualidades que le son atribuidas

⁹ Si el envejecimiento es un conjunto de procesos complejos, es entendible, parafraseando a Morin, que para su análisis se requiera la confluencia articulada de diversas disciplinas y saberes para intentar conocerla (Morin, 1990).

aparentan entonces ser intrínsecas. Una RS se materializa en la acción y puede incidir en ámbitos como la autopercepción y la calidad de vida.

Los elementos teóricos que componen a esta idea pueden rastrearse desde los orígenes del planteamiento. La teoría de las RS no ha cambiado, únicamente ha ido matizándose. Moscovici fue el primero en acercarse a una definición de las RS, como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, [...] un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social” (Moscovici, 1979, p. 17-18). Para Moscovici no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo o del grupo (p. 31), las RS no son copias fieles de la realidad sino que dependen de la capacidad generadora y combinatoria del sujeto. Son conjuntos dinámicos que producen comportamientos y relaciones, con acciones que modifican a ambos. No son simplemente una reproducción ni una reacción.

Habría que mirar hacia sus discípulos para acceder a definiciones más detalladas, que, al mismo tiempo, permitan ampliar. Quizás la más difundida sea la de Jodelet, por lo menos es una de las más precisas. Para esta autora, las RS son “una “forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que tiene una finalidad práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet, 1989, p. 36). Esta definición nos parece adecuada porque explica, de manera sucinta, el carácter dinámico de las RS: están determinadas por el contexto sociocultural, pero se materializan en la acción, y

de este modo construyen una realidad común. Así, el ciclo comienza de nuevo¹⁰. Las RS no son estáticas, no consisten en pautas rígidas de pensamiento y acción: están estructuradas y al mismo tiempo son estructurantes.

Otra aportación es la de Abric, para quien las RS “funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinarán sus comportamientos o sus prácticas” (Abric, 2004, p. 13). Su siguiente enunciado es puntual: “Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-codificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas” (*Ibidem*). Lo anterior es una paráfrasis de las palabras de Moscovici, quien afirmó que “una RS es una preparación para la acción, remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones [y] al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones” (p. 32). Las RS, dice también, “hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser” (p. 39).

Vale la pena destacar el punto anterior. Al decir que las RS “orientan las acciones”, Abric no se refiere a una determinación rígida ni a una relación causa-efecto simple. Una representación no decreta, mecánicamente, el rumbo que tomará una práctica cultural, pero sí permite situar dicha práctica dentro de un sistema, donde un conjunto de posibilidades se acotan y convergen hasta convertirse en una acción.

¹⁰ “Tiene lugar un proceso de anclaje, esto es, la incorporación de lo nuevo dentro de esquemas preexistentes de representación” (Oehmichen, 2005, p. 170).

Podríamos decir que las RS son un sistema compartido, un universo de nociones organizadas y estructuradas. En palabras de Banchs, “una modalidad de pensamiento práctico que sintetiza la subjetividad social” (Banchs, 1994).

Las RS se alimentan de la memoria colectiva, en la misma medida o incluso en mayor grado que de la memoria individual¹¹. Se deben a su contexto sociocultural y responden a los estímulos del exterior, combinándolos en el mundo interior del sujeto con otras imágenes disponibles en lo que Moscovici llamó “un repositorio de imágenes”. No tiene por qué haber una RS para absolutamente cada objeto del entorno, solamente se consideran RS aquellos conjuntos de nociones estructuradas que conduzcan a la acción. Son RS si responden o permiten comprender acciones: por ejemplo, actos de discriminación o exclusión.

Para Araya, el principal valor de la teoría de las RS es que “ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas, que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias” (Araya, 2002, p. 9). Al hablar de marco cultural y estructuras sociales, queda claro que el campo de las RS se ha ampliado hasta adentrarse en terrenos de la ciencia social. El mismo Moscovici apuntó que las RS son en cierto modo equivalentes a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades comúnmente llamadas primitivas (Moscovici, 1979). De hecho, las RS son conocimientos ingenuos o intuitivos, compartidos y estructurados socialmente. Algunos se han aventurado a decir que son “la versión contemporánea del sentido común” (Materán, 2008, p. 4).

¹¹ “El sentido de la memoria colectiva tiene por finalidad el coadyuvar el ejercicio de las distintas identidades para evidenciar en el espacio y en el tiempo la existencia del sujeto social como efecto de la larga y la corta duración, cuya manifestación se hace presente a través de los diferentes tipos de patrimonio, que permiten la acción del movimiento social” (Pérez-Taylor, 2016, p. 112).

Las RS, entonces, ofrecen un marco explicativo amplio. Abric señalará, al respecto, que “el abordaje de las RS posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.” (Abric, 2004). Flores añade que la teoría de las RS permite, además, “integrar los niveles micro y macro, lo cuantitativo y lo cualitativo” (Flores, 2005, p. 12).

Para algunos autores, como Giménez (2005), el paradigma de las RS es homologable a la teoría del *habitus*, de Bourdieu. Recordemos que Bourdieu define *habitus* como:

sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente orquestadas, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 2007 [1980]).

Al ser cuestionado sobre si el *habitus* constituye un mecanismo que “orilla” a los agentes a adoptar tal o cual estrategia, subversión o conservación, Bourdieu respondió que sobre el *habitus* no se podía decir nada más, y solo quedaba repetir o si acaso simplificar. Insistió en que el *habitus* era “un sistema socialmente constituido de disposiciones estructuradas y estructurantes, adquirido mediante la práctica y siempre orientado hacia funciones prácticas [y que es] la capacidad generadora, por no decir creadora, que figura en el sistema de las disposiciones como un arte en el sentido fuerte, de maestría práctica” (Bourdieu y Wacquant, 2005). Las RS y el *habitus* coinciden en que están orientadas a la acción y en que ambas plantean que lo que en apariencia es individual, en realidad es social,

colectivo. En este sentido es posible coincidir con Giménez en que las dos teorías son homologables.

Ahora que existe claridad en cuanto a los preceptos teóricos de las RS, procederemos a explicar el abordaje metodológico, el cual no podría ser otro que la etnografía antropológica.

1.2. La etnografía

Dado que la presente es una investigación de corte antropológico, el proceder metodológico de la recolección de datos será la etnografía. Ningún proyecto antropológico puede, ni debe, escapar al trabajo de campo¹².

La etnografía es la “observación cercana y en el terreno de personas e instituciones en tiempos y espacios reales, en los que el investigador se inserta cerca o dentro del fenómeno para detectar cómo y por qué los actores actúan, piensan y sienten en la forma en la que lo hacen” (Wacquant, 2003, p. 5), y es además la única vía posible para acercarnos de manera profunda a la cotidianidad del grupo social¹³. Para la obtención de un conocimiento que ahonde y revele observables de la práctica social, del hacer más que del decir¹⁴, es necesaria la realización del trabajo de campo, privilegiando la información cualitativa por sobre la

¹² “El trabajo de campo es la base y vida de las ciencias antropológicas [ya que] solo a partir de estar en el terreno es posible constatar la veracidad de la escritura” (Pérez-Taylor, 2016, p. 41-52).

¹³ La cotidianidad es, en palabras de Guber, “el resultado de una articulación específica entre las actividades y las nociones, entre lo formal e informal, lo no documentado y lo intersticial, las contradicciones entre lo que se hace y lo que se dice que se hace; es una composición que deja traslucir ritmos, pausas y sonoridades, simultánea y sucesivamente” (Guber, 2005, p. 125).

¹⁴ Al respecto, Pérez-Taylor nos indica que cuando el investigador se pone a sí mismo en el terreno, en la labor diaria de adquisición de conocimientos, es cuando establece la continuidad de lo que trabaja. “Para dilucidar sus interrogantes, estas le presuponen la presencia diaria e inserta la realización de su mirada, sensibilidad, habla e intuición que deben convertirse en saber [...]. El conocer la rutina, el develar el secreto o la intimidad de un evento es la constante que posibilita el poder saber a través del recorrido etnográfico” (Pérez-Taylor, 2016, p. 51).

cuantitativa. Esto nos permitirá, en palabras de Oehmichen: “ganar en profundidad lo que tal vez se pierda en amplitud” (Oehmichen, 2005, p. 35).

Sostenemos, por tanto, que para que una investigación pueda ser llamada antropológica es ineludible la presencia directa y prolongada del investigador en la comunidad¹⁵. La diferencia entre la observación simple y la mirada antropológica es, según Guber, la relación cognitiva que el investigador entabla con los sujetos y el nivel de involucramiento (Guber, 2005). Partimos, junto con Ronzón, de la premisa de que vivimos la vida cotidiana a partir del lenguaje y que es mediante nuestro manejo de este que se aprehende el entorno. Es decir que la oralidad, así entendida, como la expresión de las ideas individuales, es lo que nos revelará los conceptos que subyacen en lo colectivo (Ronzón, 2014).

Sin embargo, no conviene adelantarse. Pérez-Taylor nos recuerda que, para poder ir al campo a desempeñarse como antropólogo, primero debe saberse todo lo posible sobre el grupo social con el cual se pretende interactuar:

quiénes han estado antes, no solo en esta disciplina, sino en el resto de las ciencias, para establecer las problemáticas estudiadas en otros tiempos [...]. Producir los nuevos datos del registro bibliográfico y documental obliga al constructor a articular un nuevo proceso continuo que no está previsto en el documento fuente, es el dar nacimiento a una nueva opción que se alimenta de la construcción textual de distintos autores, de diferentes

¹⁵ Si bien debemos ser cautelosos al afirmar que la población que reside al interior de una institución total constituya una comunidad, ya que, siguiendo a Oehmichen: “el simple hecho de compartir un mismo espacio residencial no conducía a que los individuos desarrollaran algún sentimiento de identificación colectiva. La contigüidad vecinal podría crear solamente agregados anónimos de individuos con poca o nula relación entre sí. [...] Una comunidad, por tanto, no es un mero agregado residencial, sino una colectividad cultural basada en un conjunto de relaciones primarias significativas en virtud de que sus miembros comparten símbolos comunes, que apelan a un real o supuesto origen e historia comunes, y a las relaciones de parentesco. (Oehmichen, 2005, p. 30-31). En el caso de los residentes de un asilo, donde la permanencia es forzada o semi-obligada, no creo que podamos hablar de una comunidad en un sentido de pertenencia y colaboración, sino únicamente como una “unidad territorial y jurídica que no alcanza el estatus de constructo cultural, en palabras de Ramírez (1992, citado en Oehmichen, 2005, p. 31). Hablaremos de comunidad en un sentido espacial, como símil del concepto grupo social (sujetos agrupados), sin ahondar en la vinculación existente entre los actores sociales, la cual posiblemente sea, por forzada, en absoluto identitaria.

tiempos y estancias de investigación con otros objetos de estudio (Pérez-Taylor, 2016, p. 44-45).

Para lograr el abordaje adecuado, primero es necesario establecer dónde estamos parados metodológicamente: qué herramientas teóricas son idóneas para lograr esta conceptualización: qué estamos buscando y desde dónde lo estamos buscando. Lo que procede a continuación es la recopilación de las fuentes que se han ocupado de los temas pertinentes a esta investigación: las representaciones sociales en la antropología, aplicadas al estudio de la vejez y de la institución total, así como el recuento de aquellas investigaciones que previamente han consolidado el abordaje de una realidad similar o tangencial, haciendo uso de la misma herramienta metodológica.

1.3. Las representaciones sociales y la antropología

Las RS trascienden el campo de la psicología social y permiten, desde una visión integradora, su utilización en las investigaciones de distintas disciplinas sociales, entre ellas la antropología. Giménez apunta que las RS son “una vía fructífera y metodológicamente rentable para el análisis de las formas interiorizadas de la cultura, ya que permiten detectar esquemas subjetivos de percepción, valoración y acción que son la definición misma del *habitus* bourdeusiano y de lo que nosotros hemos llamado cultura interiorizada” (Giménez, 2005, p. 84).

Podemos señalar, además, que las RS encuentran un campo fértil para el análisis de grupos vulnerables. Dado que están siempre orientadas hacia la acción y socializadas, permiten la exploración de las prácticas de discriminación de un grupo hacia otro o al

interior de una misma sociedad. Amplían la perspectiva y se aproximan al núcleo desde dónde nacen, se nutren, se repiten y se naturalizan dichas acciones.

Un primer ejemplo de cómo un análisis antropológico puede nutrirse de las RS es el caso de la investigación llevada a cabo por Oehmichen (2005) sobre la incorporación de los y las migrantes mazahuas a la Ciudad de México. Para entender los procesos de construcción y reconstitución de las fronteras étnicas, emplea la metodología de las RS.

Para Oehmichen, las RS son “sistemas de disposiciones duraderas de percepción, interpretación y acción [que] se encuentran internalizadas y se integran como formas subjetivadas de la cultura bajo la forma de *habitus*”. Como vemos, la autora es partidaria de la idea de que RS y *habitus* son homologables o que por lo menos pueden convivir.

Oehmichen analiza el uso de ciertas palabras y su carga valorativa para distinguir si se relacionan con un ejercicio de poder y si expresan alguna gama de prejuicios. La autora retoma la definición de Bastide, para quien los prejuicios son “el conjunto de sentimientos, de juicios y, naturalmente, de actitudes individuales que provocan, o al menos favorecen y en ocasiones simplemente justifican, medidas de discriminación” (Bastide, 1973, referido en Oehmichen, 2005). También aclara que para las RS los prejuicios son relevantes en términos analíticos cuando se expresan hacia grupos sociales completos y no así cuando se refieren a individuos¹⁶. El resultado esta investigación, la cual estuvo dedicada al análisis de las RS de los indígenas mazahuas de manera parcial, Oehmichen encontró que en efecto la aceptación de su presencia en las ciudades es complicado porque dichas representaciones tienen un trasfondo de origen colonial que parece indicar que la ciudad “no es para los indios”.

¹⁶ La misma autora señala que “los elementos que emergen al momento de hacer explícita la RS sobre los indios pueden variar, pero ello no significa que no se comparta, al menos parcialmente, el núcleo de las RS propio de sus grupos de pertenencia” (Oehmichen, 2005, p. 165).

Tenemos aquí, de nuevo, la importancia de la representación socializada, en específico cuando detona una práctica condenable, en este caso una acción directa de discriminación.

Otro ejemplo notable es el trabajo etnográfico de López Fernández (2017), quien exploró la noción de pobreza entre trabajadoras migrantes de origen boliviano en la ciudad de Granada, así como su posterior análisis dentro del marco de las RS,

López Fernández parte de una perspectiva biográfica, a la cual llama “narrativización del yo”. Lo que salta a la vista de las biografías analizadas por la antropóloga es la maleabilidad de la representación social de “pobreza” en el caso de las personas migrantes. Encontramos una discontinuidad entre la socialización de la representación en un contexto y en otro, lo que coloca a las personas en una situación de ambigüedad simbólica, que además resulta en un aislamiento social en el entorno de llegada.

Finalmente, también debemos mencionar el trabajo de Sánchez-Muros (2008), quien analizó la RS de los gitanos, dentro de un aula escolar donde niños gitanos conviven con no gitanos en la ciudad de Granada. Los resultados arrojaron que la RS del ser gitano se establece, para los niños no pertenecientes a la comunidad gitana, como una estrategia que justifica y legitima prejuicios, los cuales provocan situaciones de conflicto.

Quizá el elemento clave para el vínculo que se establece entre las RS y la antropología sea el hecho de que, a través de la oralidad, es más fácil aprehender las RS. Es en el habla donde se expresan con claridad, y dotadas de un elemento de espontaneidad que facilita su identificación¹⁷. La oralidad, entendida como la red articulada de discursos establecidos

¹⁷ No deja de ser cierto, no obstante, que las RS pueden ser examinadas a través la palabra escrita. Tal es el caso de los análisis sobre los medios periodísticos o discursos literarios, por ejemplo el trabajo de Aravena y Baeza, (2017), que han indagado en la noción de alteridad que construye y repite la prensa escrita de Chile, así como

mediante el habla, dentro de la cual se integran, además, los tonos, intenciones, inflexiones, silencios y gestos, es la fuente por excelencia de la cual se nutre el antropólogo en trabajo de campo, una vez que se ha documentado extensivamente sobre el tema de estudio.

Las RS han probado su relevancia teórico-metodológica en las ciencias sociales. No solo eso: en contextos muy diversos y desde diferentes disciplinas se ha estudiado la RS de la vejez. Una buena cantidad de estas investigaciones ha ayudado a conformar el corpus teórico de este análisis. Dichos estudios se convirtieron en las fuentes primarias y tangenciales consultadas previo al trabajo de campo, aunadas a los conceptos teóricos clave que nos permiten entender el envejecimiento en mayor amplitud¹⁸.

A continuación desglosaremos dichos conceptos para entender mejor en qué consisten y cómo se manifiestan la vejez y el proceso de envejecimiento.

1.4. Antecedentes teóricos del envejecimiento

1.4.1. El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible que afecta a la totalidad de los organismos vivos. Si bien está determinado socioculturalmente, parte de una base biofísica y

en la violencia simbólica que es ejercida contra el pueblo mapuche en las noticias que dan cobertura al conflicto entre este pueblo y las empresas hidroeléctricas. Sin embargo es nuestra creencia, y sostenemos, que el análisis de las RS con una perspectiva antropológica, se enriquece grandemente si el discurso se articula en la oralidad.

¹⁸ Toda investigación antropológica inicia en el gabinete. Pérez-Taylor explica que es ahí donde se produce un primer acercamiento al objeto real. “Se conoce, a partir de una referencia, lo generado por otros investigadores de nuestra ciencia, o no, conocimiento que posibilita un acercamiento desde distintas posiciones científicas y políticas¹⁸” (Pérez-Taylor, 2016, p. 57). Esto, que el autor llama “etnografía de la escritura”, es una condición necesaria, ineludible, que construye las bases de la investigación. Es un paso obligatorio que precede al trabajo de campo, lo fundamenta. Acorde con este postulado, procedemos a conceptualizar el proceso de envejecimiento. Para lograrlo, lo primero es acotar las diferentes nociones de vejez que existen y hacer un repaso por las diferentes teorías que la explican como fenómeno complejo.

contiene elementos psicológicos¹⁹; es imposible separar un aspecto de los otros ya que todos ellos lo integran como un fenómeno complejo²⁰. En el envejecimiento intervienen tantos micro-procesos, complejos a su vez, que su funcionamiento escapa por completo a las predicciones humanas. Es por esta razón que las investigaciones que se enfocan en el envejecimiento son y deben ser de carácter transdisciplinar; es necesario valerse de diversas disciplinas y metodologías para acercarse a este fenómeno.

En gran parte de las investigaciones disponibles sobre vejez, los autores presentan la información dividida en campos o ámbitos, con la finalidad de facilitar la comprensión de los datos: explican cada ámbito o micro-proceso de manera independiente²¹. Austad menciona al respecto que, a manera de ejemplo, podemos decir que un neurólogo, un cardiólogo y un biólogo celular achacarían a diferentes causas el envejecimiento: al deterioro de neuronas, a los daños del corazón y a los radicales libres, respectivamente (Austad, 1997, p. 68). Esta tendencia a parcializar la información sigue siendo la norma en los textos. Subyace una estructura discursiva fija, determinada, que varía muy poco de trabajo en trabajo y que enunciaré a continuación.

Al hablar del envejecimiento, es común encontrar que se comienza explicando las características biológicas: el deterioro de los organismos, la pérdida de capacidades y la

¹⁹ El envejecimiento es un proceso en el que interviene un gran número de variables, cuyos valores individuales resultan inciertos o muy difíciles de calcular; sin embargo el sistema como un todo posee cierto orden y propiedades calculables (la inevitabilidad y la irreversibilidad, entre otras). Por ello podemos decir que se acerca a la complejidad desorganizada y que, a pesar de su inasequibilidad, puede ser aprehendida mediante el uso de modelos estadísticos. De hecho, esto ha sucedido con el envejecimiento: en tiempos recientes ha cobrado relevancia por su incremento demográfico y han sido los modelos estadísticos de proyección los primeros que han mirado a profundidad el fenómeno.

²⁰ Para Vilar, un fenómeno complejo es aquel que “está compuesto por una gran variedad de elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no-lineales, sincrónicas y diacrónicas, la evolución de cuyo conjunto es imprevisible, incluso cuando su auto-organización se orienta por acciones teleológicas, finalitarias” (Vilar, 1997, referido en Pérez-Taylor, 2016, p. 93).

²¹ Se trata de una disciplinariedad como la define Nicolescu: como la organización del pensamiento científico a partir de campos o áreas especializadas del saber, que operan las partes de un todo que por su inmensidad sería imposible de comprender como un todo (Nicolescu, 1996).

diferencia entre un envejecimiento normal y uno patológico. Esto se fundamenta en la certeza de que la base biológica nos es común a todos los organismos vivos; el envejecimiento afecta sin reparo a cualquier tipo de materia viva, sin importar sus características particulares. Lo anterior, por cierto, ha sido puesto en duda por algunos investigadores como Kirkwood (1999), quienes aseguran que teóricamente sí sería posible encontrar animales que no envejecieran²². Sin embargo, la afirmación de que el envejecimiento es consustancial a los organismos vivos se mantiene como dogma vigente.

Avanzando en esta línea de narración, el siguiente ámbito a explicar consistiría en el envejecimiento psicológico. Para algunos autores (Mishara y Riedel, 2000), en este se encuentran agrupados los cambios cognitivos y los emotivos. Debemos recordar que, según el dogma reinante en las ciencias biológicas y psicoevolutivas, la cognición humana es una frontera que separa al hombre del resto de los organismos biológicos, por ser el único capaz de simbolizar y razonar conceptualmente²³. Los cambios cognitivos que aparecen con los años son, entre otros: pérdida de memoria, declive de las funciones de planificación compleja y organización del tiempo. En cuanto a los cambios emotivos, son los concernientes

²² Kirkwood refiere las investigaciones de Tremley en el siglo XVIII. Este científico suizo demostró que las hidras de agua dulce tenían el asombroso poder de regeneración. Si se las cortaba en varios pedazos, cada pedazo se regeneraba dando lugar a un animal completo. Esto probó su cualidad de indestructibilidad. Siglos después, en los años noventa del siglo XX, el biólogo Daniel Martínez se dedicó a la observación de las hidras durante cuatro años, en los que comprobó que la colonia de hidras de su laboratorio no incrementó su tasa de mortalidad y no disminuyó su tasa de generación. Las muestras no parecían distintas a las hidras originales. “Martínez puso punto final a sus experimentos porque se convenció de que la hidra era inmortal”, comenta Kirkwood, y añade: “Por mi parte, yo le creo” (Kirkwood, 1999, p. 51).

²³ Esta es una de las nociones científicas más difundidas: el hombre como dominador máximo del mundo natural, con el lugar más privilegiado a causa de su capacidad de razonar. No obstante, algunos experimentos con parvadas de pájaros y animales de compañía han demostrado que algunos animales poseen capacidades inexplicadas, que si bien aún no son consideradas como raciocinio por la comunidad científica, sí nos dan la pauta para que en el futuro surjan cada vez más elementos que pongan en duda la primacía del hombre sobre la naturaleza. Véase Sheldrake, 1999.

a la afectividad y emotividad. Hay que señalar que los sentimientos y emociones han sido históricamente relegados de los estudios científicos²⁴.

Continuando por la misma línea discursiva, en un intento por parcializar los diferentes ámbitos que componen al envejecimiento, diré que el envejecimiento sociocultural consiste en el conjunto de papeles que un individuo de determinada edad puede y debe desempeñar dentro de su cultura. Las sociedades tienden a establecer un sistema de roles y funciones específicas para cada edad; más adelante intentaré explicar en qué consiste este sistema en la sociedad urbana-industrial de la Ciudad de México. Podemos hablar, además, de un envejecimiento social, que es lo que sucede cuando los números absolutos y porcentuales de adultos mayores se incrementan, convirtiéndose así en mayoría relativa o absoluta.

Tenemos entonces, a grandes rasgos, tres líneas desde las cuales es posible teorizar para acceder a una comprensión amplia del proceso de envejecimiento. Antes de abundar en la descripción de cada una, es preciso insistir en que el envejecimiento es un fenómeno complejo que es imposible de entender si no tomamos en cuenta la interacción de sus múltiples micro-procesos, ya que entre ellos se determinan irremediabilmente.

1.4.2. El envejecimiento biológico

El envejecimiento del organismo es el progresivo deterioro de todas las funciones del cuerpo. Consiste en un intrincado conjunto de procesos cuya complejidad escapa a la

²⁴ Sería Damasio el primero en señalar el papel de los sentimientos como experiencias mentales de estados corporales, y que no deberían ser considerados “intrusos” en el razonamiento científico, sino elementos integradores “para bien o mal” (Damasio, 2006).

comprensión humana; por tal motivo, hasta la fecha no ha sido posible establecer un consenso alrededor de una única teoría del envejecimiento. Tenemos, en cambio, una gran proliferación de distintas posturas. Una mirada amplia, que abarca muchas de las teorías biológicas que buscan explicar el envejecimiento, es la que ofrece García Ramírez (2003), quien se encargó de recolectar y sistematizar una gran cantidad de análisis de tipo fisiológico, evolutivo, celular, metabólico y médico-biológico. Con postulados sumamente detallados y un gran conjunto de menciones, dicho autor ayuda a ampliar la comprensión de este proceso.

El envejecimiento conlleva un inevitable deterioro de las funciones orgánicas del cuerpo y, en palabras de Goldfarb, “un menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir” (referido en Zetina, 1999, p. 29). Sabemos que las células que componen al organismo funcionan menos y peor conforme el individuo envejece. Todas, con una única y aún inexplicable excepción: el cáncer. Es un misterio porque “las células malignas [cancerosas] crecen demasiado bien. No son débiles sino fuertes y, sin embargo, se desarrollan principalmente en tejidos viejos” (Kirkwood, 1999, p. 160). La relación entre el envejecimiento y el cáncer, así como la relación entre el envejecimiento y el Alzheimer, es altamente conocida: la presencia del cáncer como enfermedad mortal ha aumentado a la par que la esperanza de vida. Durante los últimos trescientos años, los avances tecnológicos han permitido una mejor calidad de salud general, a costa de la proliferación de este tipo de enfermedades. Magnani, citando a Young y apuntando hacia el futuro, se atreve a afirmar que “lo mismo pasaría con enfermedades aún no difundidas si de algún modo la esperanza de vida fuera aumentada a 122 años” (Magnani, 2008, p. 16).

Una vez abierto el debate sobre la relación entre el cáncer y el envejecimiento, es posible acercarse a otra reflexión igual de complicada: la diferencia entre envejecimiento normal y patológico. Si bien establecer una división tajante entre “normal” y “patológico” es una tarea delicada y quizás irrealizable, sí es posible delimitar algunos parámetros que nos ayuden a diferenciar entre ellos. Al respecto, Cereijido afirma que: “consideramos normal que un anciano tenga disminuidas su audición, su visión, su función renal, su función inmune y su tolerancia a la glucosa. Sin embargo, consideramos anormal que sea diabético” (Cereijido-Blanck y Cereijido, 1988, p. 126). Podríamos agregar que se considera patológico que un viejo padezca Alzheimer o Párkinson, que sea obeso y que su funcionalidad haya sido mermada a causa de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de cualquier índole. Otros autores ya han señalado que, si bien los ancianos padecen más enfermedades crónicas que los individuos más jóvenes, también poseen menos enfermedades agudas que éstos, y que es necesario rescatar todos los elementos a la hora de establecer relaciones directas y, en palabras de García Ramírez, “exageradas”, entre vejez y enfermedad (García Ramírez, 2003, p. 127).

Conforme avanzan los descubrimientos científicos, crece el catálogo de teorías que intentan explicar la causa del envejecimiento biológico: En 1990, Medvedev (referido en Austad, 1998) contabilizó más de trescientas teorías. El problema, sin embargo, no radica en su cantidad, sino en su extrema parcialización e inconexión entre ellas. Tampoco ayuda que las diversas teorías que existen sobre el envejecimiento se proclamen a sí mismas como teorías globales y finales de las causas de éste, en vez de como lo que realmente son: explicaciones de síntomas. Sobre este punto, Austad ha dicho que la diferencia radica en el tipo de preguntas con las que parten los investigadores del envejecimiento: “¿Por qué

envejecemos?”, por un lado, y “¿Cómo envejecemos?”, por el otro (Austad, 1998). La segunda pregunta lleva, casi invariablemente, en su opinión, a las respuestas mecánicas que proliferan en la actualidad.

Austad ofrece una respuesta convincente a la pregunta de por qué envejecemos, explicando el fenómeno con base en la producción de radicales libres u oxidantes, teoría postulada originalmente por Harman, en 1956. Esta explicación refutó las dos teorías hasta entonces aceptadas: la de “el bien de la especie”, según la cual el envejecimiento tiene lugar porque su función es la de permitir la necesaria rotación de generaciones que aseguren nuevas combinaciones de genes que, a su vez, lleven a niveles de adaptación cada vez más refinados (Austad, 1998); y la de “el ritmo de vida”, para la cual la causa del envejecimiento es el ritmo de consumo de energía, o sea la velocidad metabólica, y la consiguiente actividad bioquímica (Austad, 1998).

La teoría de los radicales libres puede ser explicada de la siguiente forma: “el metabolismo genera pequeñas fracciones moleculares de altísima reactividad, radicales libres, que a veces se combinan indebidamente con moléculas y las hacen menos eficientes” (Cereijido y Blanck-Cereijido, 2006, p. 78). Estableciendo una analogía entre el cuerpo humano y un aparato mecánico de motor común, podemos decir que ambos producen desechos que van afectándolos: “La combustión metabólica produce un desecho particular, en el interior mismo de las células, que son los radicales libres (moléculas que tienen un electrón no apareado que en su afán de reequilibrarse pueden afectar partes vitales de una célula y modificarla, muy probablemente, para mal)” (Magnani, 2008, p. 18).

Los intentos por explicar el envejecimiento con base en los genes son también diversos; muchos de ellos son descubrimientos aislados de tal o cual gen responsable de tal o

cual enfermedad, ya sea por predisposición o porque de un momento a otro se “apaga” el gen protector de una determinada enfermedad (Cereijido y Blanck-Cereijido, 2006). El envejecimiento, según esta postura, está a cargo de nuestra herencia genética. Cereijido, recordando lo dicho por Yu et al. (1996), señala la sospecha de “que las características seniles se encuentran dominadas por múltiples factores genéticos” (Cereijido y Blanck-Cereijido, 2006, p. 83). Sobre esto, el mismo autor señala que “ya aparecieron optimistas que tratan de imaginar la forma de hacer que no se apaguen o de reencenderlos” (Cereijido y Blanck-Cereijido, 2006, p. 84). Esto, según una postura distinta, no es tanto un ímpetu positivo como un científicismo ingenuo. Dice Magnani, citando certeramente a Hasson, que “son demasiados los factores que intervienen en el envejecimiento y además sus efectos no son necesariamente lineales y únicos” (Magnani, 2008, p. 21), y que es preciso recordar que “al modificar un gen para lograr un objetivo se pueden producir efectos no deseados y que, probablemente se necesitaría de otra modificación genética para contrarrestarla y así sucesivamente” (Magnani, 2008, p. 22).

Una de las teorías con base genética que intentan explicar al envejecimiento es la que fue postulada en 1977 por Kirkwood. Esta teoría, llamada teoría del soma perecedero, también traducida como teoría del soma desechable, explica que el envejecimiento se produce porque:

Los genes tratan a los organismos como si fueran perecederos: invierten lo justo en mantenimiento para que el organismo pueda durar en libertad, y en buena forma, a lo largo de toda su esperanza natural de vida, pero invertir más es un despilfarro. En segundo lugar, pueden existir ciertas limitaciones en el diseño de los organismos que favorezcan los intereses de éstos cuando son jóvenes y que se produzcan a expensas de la durabilidad a largo plazo. Por último, la selección natural en libertad no parece demasiado interesada en las mutaciones tardías, que pueden acumularse en el genoma (Kirkwood, 1999, p. 93).

La teoría de los radicales libres y la del soma perecedero no se contradicen, ambas pueden complementarse: la base genética y la interacción hombre-medio. La teoría de los radicales libres no desdeña las teorías genéticas de predisposición a enfermedades, y tampoco lo hace la del soma perecedero, sino que es posible sumarlas para obtener una comprensión más integral. Quizás el aporte más valioso sería el colocarse en un punto intermedio que recupera la interacción del hombre y su ambiente, sin reducir uno al otro. La importancia de este tipo de análisis ha sido señalada por diversas voces, entre ellas Laurell, para quien “el envejecimiento no es un proceso inmutable ahistórico, sino que asume formas específicas determinadas por el modo como se relaciona el hombre y la naturaleza” (referido en Zetina, 1999, p. 28). No todo el mundo envejece de la misma manera, aunque comúnmente se cae en el error de homogeneizar a la población anciana y creer que constituyen un estrato indiferenciado.

En la actualidad, la teoría de los radicales libres es tan ampliamente aceptada que en todos lados podemos ver en venta productos que buscan retardar la oxidación celular y la producción de radicales libres²⁵. Esto forma parte de una amplia oferta de productos y servicios que componen lo que algunos autores han llamado “la industria del no-envejecimiento” (Cereijido y Blanck-Cereijido, 2006)²⁶.

²⁵ Estos intentos no son otra cosa que una versión moderna de la mítica búsqueda de la inmortalidad. Este modus operandi es incuestionado y miles de científicos trabajan sin reparo en encontrar la fórmula que retrase el paso del tiempo. Sin embargo, como bien apunta Sheldrake, mientras más tiempo vivimos, mientras más tiempo nuestra muerte es retrasada, resulta más costoso y demanda más medicamentos el mantenimiento de nuestras vidas. Este autor menciona al futurista Kurzweil, quien asegura que los humanos podríamos alcanzar la inmortalidad en los próximos veinte años, gracias a la nanotecnología que permitiría reemplazar órganos vitales. “Mientras trabaja en retrasar el proceso de envejecimiento para poder beneficiarse de estos avances, Kurzweil consume 250 pastillas al día”, dice Sheldrake, apuntando la ironía (Sheldrake, 2012).

²⁶ Al respecto, Elias afirma que “en ningún momento anterior de la historia de la humanidad se ha hablado tanto, a todo lo ancho de la sociedad, de métodos más o menos científicos para prolongar la vida (Elias, 1982, p. 81).

Tenemos entonces que el envejecimiento biológico depende de una gran cantidad de fenómenos que interactúan entre sí. Algunos de ellos han sido descifrados parcialmente, como es el caso de la acción de los radicales libres y el de diversos genes que predisponen a determinadas enfermedades. A pesar de todos estos esfuerzos, el envejecimiento biológico, al no ser un fenómeno limitado, sigue siendo inasequible en su totalidad: en él se combinan una gran cantidad de síntomas.

1.4.3. El envejecimiento psicológico

A los cambios psicológicos que conlleva el envejecimiento, algunos autores los dividen en dos grupos: cambios cognitivos y cambios que conciernen a la afectividad y a la personalidad (Mishara y Riedel, 2000). Esta separación permite una organización y presentación accesible de la información, aunque conlleva la desventaja de dividir aspectos que, en la realidad, van interconectados. Existe, además, una tercera subdivisión, que corresponde a los cambios de índole psicosocial: cómo el sujeto envejecido solventa su proceso de envejecimiento, ya sea manteniéndose integrado o alejándose de su grupo social.

En cuanto a los cambios cognitivos, existen posturas que divergen y convergen al mismo ritmo que avanza la ciencia. Constituye un hecho normal que el cerebro sea afectado por el paso de los años, incluso si se trata de un cerebro sano en un individuo sano. Algunos de los cambios negativos que acompañan al envejecimiento normal son, según Goldberg (2006): una disminución de la velocidad global de las operaciones mentales y de las funciones sensoriales, un fallo especial en las funciones que dependen de los lóbulos frontales: la inhibición mental, la capacidad de evitar distracciones, la capacidad de

reaccionar habitualmente, de manera refleja, a situaciones, la llamada “memoria de trabajo” que conserva en la mente cierta información durante el tiempo en el que se realiza un proceso cognitivo relacionado con ella, y la flexibilidad mental. También, la atención selectiva y dividida, así como la memoria, específicamente la capacidad de aprender nuevos hechos.

Comúnmente, el envejecimiento cognitivo ha sido asociado con una pérdida de facultades, un deterioro mental y otros cambios adversos. García Ramírez (2003) recuerda que, en el informe técnico de la Organización Mundial de la Salud, de 1972, se consideró a la vejez como una situación de “disminución de las capacidades mentales” (García Ramírez, 2003, p. 95).

A pesar de lo anterior, diversos autores han afirmado que las etiquetas de limitación psíquica y mental asociadas a la vejez carecen de fundamento científico y que están basadas en prejuicios altamente difundidos (Moragas, 1991). Este gerontólogo recuerda que la pérdida global de memoria no es mucho mayor durante la vejez que en otras etapas y que lo que conocemos como inteligencia y capacidad de aprendizaje puede, incluso, incrementarse si cuenta con la motivación correcta. En la misma línea, pero desde la neuropsicología, Goldberg (2006) ha afirmado que estas adversidades vienen a su vez acompañadas de algunas ganancias: sabiduría, competencia y pericia. Para este neuropsicólogo, la edad hace que la resolución de problemas vaya adoptando con el tiempo la forma del reconocimiento de patrones²⁷: “Esto significa que con la edad vamos acumulando moldes cognitivos [y que] cada vez es mayor la cantidad de desafíos cognitivos a los que puede responderse con un

²⁷ Goldberg entiende el reconocimiento de patrones como “la capacidad del organismo para reconocer en un objeto o problema nuevos un elemento de una clase ya familiar de objetos y problemas” (Goldberg, 2006, p. 101). El mismo autor refiere las investigaciones de Simon, quien también se ocupó de demostrar que “el reconocimiento de patrones es el instrumento más común y eficiente de resolución de problemas que tenemos a nuestra disposición” (Goldberg, 2006, p. 174).

molde ya existente, o con una leve modificación de un molde cognitivo formado anteriormente” (Goldberg, 2006, p. 32). Para explicar mejor su planteamiento, es preciso retomar lo que postula con respecto a la división de los hemisferios: que los dos hemisferios cerebrales tienen funciones distintas y a la vez complementarias en el control cognitivo; mientras que el derecho está encargado de explorar las novedades y lo desconocido, el izquierdo resguarda el conocimiento sintetizado y los instrumentos de reconocimiento de patrones con que el individuo se enfrenta al mundo cotidiano, a las situaciones familiares. Es decir que, al enfrentarnos con una novedad, es principalmente nuestro hemisferio derecho el que trabaja, pero una vez familiarizados con cierto tipo de circunstancias, antes nuevas, comenzamos a emplear más el izquierdo: “Es como si los patrones que captan la esencia de las situaciones, o más bien de toda una clase de situaciones parecidas, una vez formados, se almacenasen en el hemisferio izquierdo” (Goldberg, 2006, p. 229). Con técnicas de neuroimagen ha sido posible observar que el hemisferio izquierdo resiste con más fuerza al deterioro causado por la edad. La resistencia de dichos patrones, a su vez, está determinada por cuán genérico sea dicho patrón: Mientras más genérico, más firme. “Esto quiere decir que las representaciones abstractas son, por lo general, más resistentes a los efectos del deterioro cerebral que las representaciones concretas correspondientes a cosas únicas” (Goldberg, 2006, p. 143).

Goldberg va aún más lejos al reiterar lo que Baltes y Lindenberger habían descubierto desde los años ochenta: que es posible atenuar el deterioro cognitivo mediante un correcto entrenamiento intensivo de las funciones cognitivas. “Esto demuestra que aun en la vejez, el cerebro muestra cierta plasticidad y sugiere que una intervención adecuada puede prevenir y/o disminuir los problemas de memoria” (Bentosela y Mustaca, 2005, p. 225). Goldberg

asegura que existe una relación directa entre la actividad cognitiva realizada y el tamaño de la estructura neuronal implicada, y que “las estructuras cerebrales pueden realmente crecer [durante la edad adulta], aumentar en tamaño como consecuencia de factores ambientales incluso a escala macroscópica” (Goldberg, 2006, p. 280). Por si fuera poco, este conjunto de descubrimientos afirma que “el crecimiento de esa[s] estructura[s] neuronal[es] parece ser estimulado por su uso” (Goldberg, 2006, p. 281)²⁸.

Los postulados de Goldberg entran en controversia con uno de los mitos más arraigados: que envejecimiento es sinónimo de deterioro y vejez, de patologías incurables, demencia y pérdida de autonomía. Según el autor, la actividad mental puede transformar al cerebro y ayudarlo a envejecer en mejores condiciones²⁹.

De entre las diversas teorías con base psicosocial que se han ocupado del envejecimiento, podemos rescatar las cinco que enlistan Mishara y Riedel (2000): 1. La del retraimiento, según la cual los ancianos y sus círculos sociales se retraen mutuamente; 2. La de la actividad, la cual indica que los ancianos deben adquirir nuevos roles, y remunerados, dentro de su sociedad, que reemplacen los roles que han dejado atrás; 3. La teoría del medio social, que indica una relación directa entre el comportamiento de los individuos viejos y sus condiciones biológicas y sociales; 4. Los ancianos como subcultura, estratificando la edad en

²⁸ A este respecto cabe preguntarte por qué los servicios de salud pública continúan perpetuando una visión de la vejez como decadencia y enfermedad. Si bien el modelo de “envejecimiento activo” ha sido puesto en marcha por las dependencias que se ocupan de los ancianos en México desde hace por lo menos dos sexenios, este se basa principalmente en una actividad física y ocupacional, y descuida los aspectos neurológicos, cognitivos, la creación de redes neuronales que sugiere Goldberg.

²⁹ ¿Cómo llevar al terreno de lo práctico este descubrimiento? El mismo Goldberg ha desarrollado un programa de mejora cognitiva, implementado en Nueva York con muy buenos resultados. Programas similares han surgido desde hace varias décadas en contextos diversos, en especial el norteamericano. Asimismo, dentro del conjunto de atributos concernientes a la afectividad y a la personalidad, diversos autores han demostrado que la idea del anciano como sujeto aislado, pasivo y decadente no es más que un mito. Es una construcción estereotipada que no corresponde en absoluto a la realidad.

vez de la clase; y 5. Los ancianos como grupo minoritario, íntimamente relacionado con el inciso anterior.

1.4.4. El envejecimiento social

Delimitar el concepto de “vejez” es una tarea difícil, dado que consiste en una construcción social cuyo significado varía de situación en situación. Su uso más extendido es la definición de diccionario: “el período humano que le sigue a la madurez” (Real Academia de la Lengua, 2010)³⁰. Sin embargo, y esto Vázquez (2006) lo ha documentado muy bien, distintas instituciones dedicadas a este sector de la población no logran ponerse de acuerdo con respecto a qué edad debe ser considerada como inicio de la vejez ni en cómo nombrar a los adultos mayores: la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por “vejez” al período que inicia entre los 60 y 65 años; según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “adultos mayores” son aquellos de 65 años o más; la Ley del Seguro Social (IMSS) dice que “personas en edad avanzada”, “de la tercera edad” o “senectas” son las que sobrepasan los 60 años de edad, y que las personas en edad de jubilarse deben tener 65. La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena en 1982, reconoció a los individuos “ancianos”, como los mayores de sesenta años. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) ofrece sus servicios a las personas de 60 años o más. Esta también es la edad mínima con que se permite el ingreso al asilo Arturo Mundet, contexto en el que se desarrolla este trabajo³¹.

³⁰ Recientemente actualizado, para quedar como, simplemente, “cualidad de viejo”.

³¹ Al respecto cabe recordar que lo propio de las representaciones oficiales es instituir los principios de una relación práctica con el mundo natural y social en palabras, objetos, prácticas y sobre todo en las

Para el caso de la Ciudad de México, la normatividad es ambigua. Oficialmente, el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México otorga validez a la definición de la OMS: adulto mayor es aquel con sesenta años o más³². Así aparece referido también en la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal³³. Sin embargo, en la práctica, en la implementación de los programas sociales, de entre los cuales los más difundidos son los vales de pensión alimenticia y las visitas médicas a domicilio, la edad mínima pasa a ser 68 años. Sobre el tema de los vales de pensión alimenticia, conviene abundar un poco. Damián (2007) ha advertido de la diferencia tajante entre los programas federales de ayuda a los pobres y las políticas sociales de los gobiernos de izquierda, en la capital, donde prevalece la idea de derechos. Los vales de pensión alimenticia del DF constituyeron un programa pionero en el país, que más allá de un carácter asistencialista, se asomaba a las proyecciones demográficas que apuntaban la creciente importancia del bloque anciano. Y sobre los sistemas de pensiones conviene recordar lo que Gomes y Montes de Oca han señalado: que los recursos económicos vuelven más atractivos, fuertes, por llamarlos de alguna manera, a los viejos al interior de su núcleo familiar, “menos inconvenientes” (Gomes y Montes de Oca, 2004).

Al estudiar la vejez y el envejecimiento, lo primero que llama la atención es la noción tan difundida de “viejos/ancianos” como una categoría homogénea. Nada más alejado de la

manifestaciones colectivas y públicas. “La oficialización es el proceso por el cual el grupo (o aquellos que lo dominan) se enseña, y enmascara su propia verdad ligándose por medio de una profesión pública que legitima e impone lo que anuncia, definiendo tácitamente los límites de lo pensable y de lo impensable y contribuyendo así al mantenimiento del orden social del que obtiene su poder” (Bourdieu, 2005 [1980], p. 172-173). Tenemos, por tanto, que al viejo ha dejado de llamársele viejo en el lenguaje institucional y de asistencia. Se le conoce como adulto mayor, una categoría cultural impuesta y homogeneizante que “permite un espacio de identificación que homologa las diferencias y prescinde de los imaginarios comunitarios y familiares” (Guajardo y Hunneus, 2002, p. 105).

³² Información disponible en su sitio web oficial: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php>, en el apartado: ¿Quién es persona mayor?

³³ Aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o de paso en el Distrito Federal.

realidad. De hecho, algunos autores se han ocupado con atención de separar al estrato anciano en subcategorías. Estos deberían ser observados dentro de sus propios términos, asumiendo que el envejecimiento es un proceso heterogéneo e hallan agrupadas dos o tres cohortes³⁴ generacionales. Como ejemplo, tenemos la división de “viejos jóvenes” y “ancianos” (Mishara y Riedel, 2000).

Por supuesto, el segmento anciano en nuestro país tampoco está constituido de manera homogénea. Para el caso mexicano, tenemos que Rodríguez Ajenjo (1999) clasificó del siguiente modo a los adultos mayores: a) de 60 a 64 años, inicio de la vejez, buen estado físico; b) 65 a 74 años, conocida como tercera edad funcional, por contar en su mayoría con personas económicamente activas; c) 75 a 84 años, decrecimiento de las funciones, diferencias sustanciales en cuanto a ocupación por género, con predominancia masculina; y d) 85 años y más, asociada con decrepitud física e intelectual (Rodríguez Ajenjo, 1999).

Contrario a lo anterior, los encargados de diseñar las políticas públicas parecen no encontrar aún matices entre el grupo etario. Como bien apunta Robles:

Las políticas sociales planifican y diseñan mirando a los viejos como iguales. Esta mirada conceptualiza a la vejez como un fenómeno sin diferencias internas y compacto en sí mismo. Esta mirada de homogeneización es cuestionada cada vez más a partir de algunos hallazgos derivados de análisis diferenciales a su interior. Así, varias construcciones se disponen hoy en día con base en algunas de estas diferencias, de las cuales la división de la vejez en tercera y cuarta edad, o lo que también se nombra como ancianos jóvenes y ancianos muy viejos, constituye el punto de enlace con el imaginario de los ancianos entrevistados. [Y a propósito de la cuarta edad, la autora menciona que] la cuarta edad es realmente la fase problemática de la vejez, y no la tercera (Robles, 2005, p. 67-68).

³⁴ Sobre las cohortes, Moragas nos dice que: “Todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica y forman una unidad de análisis social, la cohorte, utilizada frecuentemente por demógrafos y estudiosos de la vida social. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas, y se considera que todos los individuos nacidos en el mismo año tienen la misma edad, así como son miembros de una misma cohorte los nacidos en un período de uno a cinco años” (Moragas, 1995, p. 22).

A pesar de que la edad cronológica es un parámetro que podríamos calificar de objetivo, la edad social es igual de importante, ya que depende de los roles que un sujeto ha de desempeñar³⁵. Tiene que ver, además, con las adscripciones culturales de los sujetos. Son estas adscripciones las que determinan las nociones de vejez que posee cada individuo, así como aquellas que comparte con los otros miembros de su sociedad. La vejez es una construcción social porque su definición y representación es variable³⁶.

Trejo Maturana ofrece un breve recuento histórico de la vejez en diferentes sociedades a lo largo del tiempo. Según el autor, el período de gloria para los ancianos como sector fueron las sociedades ágrafas, en las cuales ellos “eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados [...], la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad” (Trejo, 2001, p. 109). Por el contrario, fueron los griegos los primeros en considerar a la vejez como algo oprobioso: “Para esos adoradores de la belleza, la vejez, con su deterioro inevitable, no podía menos que significar una ofensa al espíritu, motivo de mofa en sus comedias” (p. 110). En el mundo hebreo, los ancianos ocuparon un lugar privilegiado hasta la muerte de Salomón. Al asumir el trono, su hijo Roboam “mantiene una actitud diferente a su antecesor y desecha la opinión de los ancianos. La imagen de los viejos comienza a deteriorarse” (p. 111). En el imperio romano, al anciano

³⁵ Incluso al interior de la sociedad mexicana, hay diferencias abismales entre un sector y otro. La vejez rural, por ejemplo, “tiene que hacer frente a la vejez, sus achaques y costos, sin apoyo del Estado, con sus propios recursos, con su patrimonio y su red de protección social: la familia, su ejido y la comunidad [...] Se hacen conservadores, resistentes a los grandes riesgos o innovaciones, defensores de la seguridad frente a la incertidumbre, de la tradición ante el progreso” (Warman, 2001). Por su parte, Carrasco nos habla de que “las mismas adultas mayores han confirmado que es difícil que el varón adulto mayor vuelva a ser el proveedor porque se acabaron las fuerzas y ya no tiene capacidad de trabajo. Se presenta el cansancio y la falta de representación socioeconómica del varón; así, el adulto mayor socialmente rehúsa y hasta se siente ridículo de su actitud frente a la sociedad y de su degradación personal como hombre y como macho” (Carrasco, 2008, p. 184).

³⁶ De Beauvoir (1999) menciona decenas de concepciones asociadas a la vejez en las sociedades históricas: los chinos, el pueblo judío, los sumerios, los griegos antiguos, los espartanos, los romanos, y hasta Norteamérica y Francia en el siglo XX.

se le dedicó mucha atención. Fue la época en la que la esperanza de vida aumentó y, con ella, el interés por la duración de la existencia. Alrededor del año 1000, la Iglesia, dice Trejo, “impuso la monogamia y la exogamia, lo cual se tradujo en una familia estable y más protectora de los ancianos” (p. 115). Luego, durante la Edad Media, la peste favoreció a los viejos, que eran menos proclives al contagio de la enfermedad, y que ganaron posición social política y económica. Finalmente, durante el Renacimiento, el rechazo a los viejos fue habitual, se rechazaba todo lo que representara fealdad, decrepitud y decadencia. En palabras de Trejo: “fueron, quizá, los tiempos más agresivos contra los ancianos” (p. 116). A manera de síntesis, podemos afirmar que las sociedades han establecido una relación ambivalente con la vejez: en ocasiones benévola, en otras ocasiones cruel. Las sociedades del pasado han influido a las sociedades del presente para que el trato a los ancianos sea lo que es. Después de todo, hemos heredado legislaciones y cosmovisiones enteras.

La construcción social de la vejez en México presenta, también, muchos matices interesantes. A finales del siglo XX, Tuirán, en su papel de Secretario del Consejo Nacional de Población (Conapo) ofreció sus predicciones para nuestra vida cotidiana. Reproduzco un fragmento que permite imaginar algunos espacios de la vida urbana nacional:

Cambiarán los estilos de vida, los patrones de consumo y las pautas de alimentación; proliferarán las organizaciones y grupos dedicados a proteger y promover el ejercicio de los derechos de los adultos mayores; aumentará, de manera significativa, la demanda de muy diversos bienes y de algunos servicios especializados; se abrirán numerosas oportunidades laborales para los integrantes de la tercera edad; se alterará la conformación del espacio urbano y surgirán colonias o barrios con grandes concentraciones de ancianos; se modificarán los espacios internos de las viviendas para hacerlos más funcionales a las necesidades de los adultos mayores; se transformarán las características y modalidades del transporte urbano; abundarán las rampas en las esquinas de las calles, y se pondrá mayor atención en el equipamiento de nuestras ciudades para facilitar la movilidad de este segmento de la población. (Tuirán, 1999, p. 32).

A partir de la promulgación de la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal en marzo del año 2000³⁷ y de sus subsecuentes modificaciones, podemos notar un creciente interés de parte de los gobiernos y de la sociedad en general por atender y mejorar la vida de los adultos mayores. Esto responde a que cada día son un grupo demográfico más numeroso y que además continúa en ascenso. La transformación de la infraestructura urbana, sistemas de transporte y espacios públicos, así como la implementación de una gran cantidad de programas sociales y defensorías del adulto mayor son algunos de los cambios más notorios que podemos ver en la Ciudad, pero no son todos. Muchas cosas suceden al interior de los núcleos familiares. Pérez y Brenes encontraron que en la Ciudad de México la población en edad avanzada suele cambiar de arreglo residencial en proporciones importantes, con mayor propensión por sexo y edad: los más viejos y las mujeres son los que más frecuentemente modifican su estructura familiar (Pérez y Brenes, 2006, p. 625-661). Comúnmente se piensa que vivir en familia es la mejor opción para los adultos mayores³⁸, y quizás sí lo sea, pero no es garantía de bienestar. Montes de Oca afirma que sería inadecuado suponer que la familia, como institución mediadora entre el cambio estructural, demográfico y cultural, podrá asumir el costo total del envejecimiento (Montes de Oca, 2004, p. 519-563).

Durante las últimas décadas, las estructuras familiares han sufrido grandes transformaciones. El ingreso de la mujer al mundo laboral remunerado, junto con la disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias, ha colocado a los viejos en una situación de vulnerabilidad. A pesar de que el cuidado de los ancianos sigue siendo provisto

³⁷ Dicha ley fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del 2000. Su modificación más reciente fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre de 2014.

³⁸ Esto lo documentaron Varley, A. y Blasco, M. (2000), mencionadas en Montes de Oca (2004).

por la institución familiar, es necesario asumir que la sociedad y la participación del Estado deben desempeñar un papel igualmente activo en dicha proporción (Robles, 2005a).

Las relaciones sociales, familiares y externas a la familia, tienden invariablemente a disolverse y empobrecerse con el envejecimiento (Fericgla, 2000). A pesar de que el modo de vida familiar es el más favorecido en nuestra cultura (Rodríguez Ajenjo, 1999), y la mayoría de los adultos mayores prefieren mantenerse integrados al núcleo familiar (Robles *et al.*, 2006), el medio familiar se ve inevitablemente alterado ante la presencia de un individuo viejo; en el caso de los grupos familiares que no pueden adaptarse a dicha situación, la vida cotidiana puede tornarse difícil, repercutiendo negativamente en la calidad de vida del anciano, quien oscila entre mantenerse como miembro de una comunidad o retirarse a vivir tranquilo, con ciertas consideraciones. En estas ocasiones, el internamiento en una residencia es la única posibilidad a la que pueden acceder los parientes y, frecuentemente, el anciano puede obtener así un sentimiento de aceptación más positivo que dentro de su familia (CISS, 1995b)³⁹.

Es preciso, a este respecto, hacer una acotación. Debido a que en nuestro país los contextos urbanos y rurales son marcadamente distintos, la vejez de ambos espacios tiende también a diferenciarse. Entra en juego la categoría que Robles (2005) ha llamado “jerarquía de sustitución”. Esta indica el orden de los cuidadores destinados a hacerse cargo del anciano: primero, los cónyuges, seguidos por los hijos, después otros parientes y al final los amigos y vecinos. La misma autora señala que esta categorización tiene diferencias entre el medio rural y el urbano. Una de ellas, es que en los contextos urbanos entran en juego los

³⁹ Por mencionar algunas cifras internacionales, tenemos que en Cuba, el 1% de la población envejecida reside en una institución, mientras que en Estados Unidos lo hace el 5%, en Israel, el 4.5% y en Cataluña, el 2.8% (Anzola, 1993, p. 20 y Fericgla, 2000, p. 272).

asilos, a diferencia del entorno rural, donde son menos comunes estos espacios. Según la autora, el anciano rural cuyas redes familiares se han disuelto totalmente queda en el abandono absoluto.

Lo anterior, sumado a otros factores de carácter social, económico y hasta mercantil, explica que a partir del siglo XX hayan proliferado las estancias de cuidado prolongado.

1.4.5. El envejecimiento demográfico

La importancia que la vejez ha adquirido en las investigaciones sociales actuales reside en el incremento absoluto y porcentual del estrato anciano, que llega a constituirse en una problemática social y económica cuando los recursos con que cuentan los Estados para hacerse cargo de los viejos resultan insuficientes⁴⁰.

El proceso de envejecimiento demográfico constituye el incremento porcentual y absoluto del número de personas mayores de sesenta años como consecuencia del modelo de la transición demográfica, proceso que experimentan las poblaciones al pasar de fecundidad y mortalidad elevadas a otro esquema en el que ambas variables toman niveles bajos, junto con las modificaciones estructurales por edad y sexo que traen consigo tales cambios (Mishara y Riedel, 2000). En otras palabras, este fenómeno se explica a través de dos variables: la primera consiste en un aumento progresivo de la esperanza de vida, que incrementa la cifra absoluta de personas envejecidas, y la segunda es el descenso de la tasa de natalidad que resulta en una mayor proporción de ancianos. Como consecuencia, se

⁴⁰ Pérez-Taylor nos recuerda que los Estados nacionales perdieron todo el proyecto de nación que tenían para con sus ciudadanos, desmantelando la salud pública para dar lugar a las aseguradoras. Al respecto cabe preguntarse: si el estrato anciano se ha incrementado en términos absolutos y porcentuales durante los últimos años, ¿por qué no se han incrementado el número de asilos, o ampliado el cupo de cada uno?

obtiene un envejecimiento de la población de las naciones desarrolladas y, gradualmente, a nivel global.

En su estudio sobre los moribundos, Elias describe la manera en la que operan las seguridades sociales en las sociedades económicamente desarrolladas:

En los Estados nacionales más desarrollados, la seguridad de las personas, su protección frente a los más rudos golpes del destino como la enfermedad y la muerte súbita, es considerablemente mayor que en épocas anteriores, quizá mayor que en toda la historia de la humanidad. En comparación con los estadios anteriores, la vida se ha vuelto más previsible en estas sociedades [...] El solo hecho del aumento relativo de la expectativa de vida de los individuos que viven en estas sociedades demuestra una mayor seguridad vital (Elias, 1982, p. 27).

El Conapo ha arrojado la proyección, con base en datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inegi), de que en el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será adulto mayor. México constituirá lo que Bazo (1990) llama una “sociedad anciana”, es decir una sociedad en la que más del 10% de la población es adulta mayor. (Bazo, 1990). Es decir que, aunque en la actualidad residen en México sólo 8.2 millones de personas mayores de 60 años, en el año 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto, 36.2 millones. En el año 2030, la proporción de adultos mayores de 65 años se incrementará a 11.5 por ciento, a 18.9 en el 2040, y a 24.6 por ciento en el 2050 (Conapo, 2005). Además, el mismo organismo llama la atención sobre un par de procesos que resaltan para el caso mexicano:

[...] este proceso de envejecimiento demográfico ocurrirá en nuestro país en un lapso bastante menor al observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. De acuerdo con la revisión de 2002 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo aumentará de 11.7 por ciento en 1950 a 32.4 por ciento en 2050. Así, el proceso que a los países más desarrollados les ha tomado un siglo (incrementar la proporción de personas de la tercera edad en 20.6 puntos porcentuales), a México le tomará la mitad del tiempo (la adición de 21.1 puntos). De esa manera, México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños. Actualmente, por cada 25

personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años, en 2034 habrá la misma cantidad de niños y de viejos, mientras que en 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños (Conapo, 2005).

Las consecuencias de este fenómeno son imposibles de predecir con exactitud. Esto no impide que algunos teóricos sean capaces de vislumbrar escenarios probables. Tuirán, como hemos visto, ha señalado que los desafíos que representa el envejecimiento se manifestarán particularmente en la economía, la política y la cultura, así como en la salud, el trabajo, los arreglos residenciales y la seguridad social. Saltan a la vista, y alarman, los siguientes datos: primero, que el número de personas ancianas con algún rasgo de deterioro funcional crecerá de 2 millones en 2000 a 15.1 millones en 2050 (Tuirán, 1999) y, en segundo lugar y estrechamente relacionado con el anterior, que la mayoría de los adultos mayores no cuentan con algún tipo de pensión. En la transición al nuevo milenio, eran ocho de cada diez los adultos mayores desprotegidos, y dos terceras partes de los ancianos pensionados no percibían un ingreso suficiente (Tuirán, 1999). Sin embargo, esta situación no ha mejorado de manera sustancial. Una investigación⁴¹ realizada en 2016 encontró que tres de cada cuatro adultos mayores no cuentan con una pensión y que un porcentaje importante no percibe lo suficiente para su alimentación (Hernández, 2016).

1.5. Las instituciones totales

Uno de los objetivos particulares de esta investigación consistió en averiguar si los asilos en general, y el Arturo Mundet en particular, pueden ser entendidos como instituciones totales,

⁴¹ La investigación mencionada estuvo a cargo de Berenice Ramírez López, del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc) de la UNAM.

siguiendo los postulados de Goffman (2001). Este autor acuñó el concepto de *institución total* para diferenciarlo de las instituciones sociales de manera general. Las instituciones totales son lugares:

de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad [...] comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. [...] Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad [...], en la compañía inmediata de un gran número de otros [y cada etapa de las actividades diarias] está estrictamente programada (Goffman, 2001, p. 17-19).

El autor menciona que las instituciones totales pueden considerarse un híbrido entre comunidad residencial y organización formal. Al interior de ellas se mantiene un tipo particular de tensión: entre el mundo habitual y el institucional. Al categorizar a las instituciones totales en cinco grupos, menciona que el primero está constituido por las instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

Lo anterior confirma que los hogares de larga estadía para ancianos son instituciones totales; sin embargo, cabe profundizar. Los asilos son instalaciones donde se desarrolla de manera regular la vida cotidiana de un conjunto de adultos mayores, quienes comparten una rutina establecida formalmente, con puertas que separan el mundo interior del exterior. Este, por cierto, se vuelve inaccesible para los ancianos que han perdido sus facultades físicas y mentales. La entrada y salida de la institución son custodiadas por vigilantes que impiden o permiten el acceso, a la vez que registran todo el movimiento. Los habitantes de los asilos desempeñan la totalidad de sus actividades en el espacio asignado, en el horario asignado. Las actividades cotidianas son programadas por las autoridades, y se rigen por un sistema de normas explícitas.

En las instituciones totales, como son los asilos y los hospitales, hay un desposeimiento de la propiedad privada. Los ancianos deben compartir dormitorios y áreas comunes, para lo que se les asigna un mueble, normalmente un armario. Puede suceder, también, que se les despoje de su apariencia acostumbrada en aras de volver más eficientes los procesos diarios. Es a lo que Goffman llama “una desfiguración personal” (2001, p. 32).

En los asilos, los ancianos casi nunca logran estar completamente solos. Están continuamente obligados a establecer relaciones sociales forzadas y deben pedir permiso a las autoridades para efectuar acciones que antes les eran cotidianas: por ejemplo, salir a la calle. La privación de la libertad y el renunciamiento de la volición son dos de los más efectos más notables de la adopción de un rol de sometimiento, al que acceden no sin resistencia. Al respecto, Elias dice que:

la admisión en un hogar de ancianos significa no solo la interrupción definitiva de los viejos vínculos afectivos, sino también vivir con gente con la que el individuo no ha tenido previamente ninguna relación afectiva. Puede que el cuidado físico por parte de médicos y enfermeras sea excelente. Pero, al mismo tiempo, la separación de la vida normal que sufren los viejos y el ponerlos juntos con extraños significa soledad para el individuo. [...] Por ello, muchas de estas residencias o asilos son verdaderos desiertos de soledad (Elias, 1982, p. 117-118).

En el caso de los hospitales psiquiátricos, espacios estudiados por Goffman (2001), hay un despojo del rol a través de la mortificación del yo. Sobrevienen depresiones, degradaciones y humillaciones. Los asilos no están exentos de este tipo de despojos⁴².

El concepto de institución total está emparentado con la noción de instituciones de encierro que analizó Foucault: prisiones, escuelas, fábricas, hospitales (Foucault, 2002). En los asilos opera el panóptico de una manera semidiluida: hay vigilancia permanente y se

⁴² Cabe recordar las palabras de Henry: “En muchas sociedades primitivas, se cree que el alma abandona el cuerpo en el momento de la muerte, o un poquito antes; aquí, por otra parte, la sociedad expulsa los restos del alma del anciano institucionalizado, mientras lucha por conservar vivo su cuerpo” (Henry, 1970, p. 354).

suprime la privacidad individual, sin embargo, al tratarse de individuos considerados inofensivos, la vigilancia se orienta hacia una posible ayuda y no hacia un control directo.

Si retomamos los postulados de Goffman (2001), los asilos pueden ser entendidos como instituciones totales porque consisten en instalaciones habitacionales donde se desarrolla regularmente la vida cotidiana de los residentes, quienes tienen controlada o prohibida la salida al exterior (Goffman, 2001). En el interior de un asilo, decenas y hasta cientos de ancianos viven la totalidad de sus días, desde que despiertan hasta que se acuestan a dormir. La minoría más afortunada cuenta con débiles relaciones familiares y sociales al exterior del asilo: tiene hijos, nietos o amigos que se mantienen pendientes de ellos y acostumbran visitarlos. Sin embargo, lo anterior constituye una excepción. La norma para la mayoría de los ancianos es que sus lazos con la sociedad que vive afuera del asilo se han disuelto y las únicas interacciones cotidianas que establecen son con el personal que labora en el asilo.

Hemos dicho que Goffman conceptualizó y caracterizó las instituciones totales. Para este autor, una de las características de estos espacios es su aislamiento del resto del mundo a través de barreras físicas y mecanismos de control. Los habitantes de la institución, en este caso, los ancianos, han renunciado a su libertad y han sido privados de su movilidad. Es la autoridad del asilo la que se encarga de permitir o negar la salida de los residentes a la calle. De igual manera, los habitantes del mundo exterior tienen prohibida la entrada al recinto.

Los ancianos de un asilo pertenecen a la categoría que Goffman nombró “personas incapaces e inofensivas”⁴³. Debido a esta supuesta incapacidad, la vigilancia de la residencia

⁴³ Para Goffman, las instituciones totales se clasifican en cinco grupos. El primer grupo está compuesto por aquellas erigidas “para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes”. El resto de los grupos son: instituciones erigidas para cuidar de

es mínima. De hecho, esta vigilancia no está basada en una desconfianza hacia los sujetos, sino al contrario: en un deseo y obligación de auxiliarlos en caso de accidente o emergencia.

La institución total es homogeneizadora y mantiene tendencias absorbentes. Busca aquello que Henry ha llamado “el carácter nacional”⁴⁴, esto es: una conformidad establecida ante la medianía. Un residente que sobresale es una posible fuente de conflicto, y es deber de la institución prevenir estos conflictos. Para ello, se recurre a lo que Goffman ha llamado la mutilación del yo. El interno debe prescindir de sus pertenencias, acomodarse al espacio establecido y uniformarse, en un sentido figurado.

La importancia de abocarse al estudio de una institución total, en este caso de un asilo público a cargo del Estado mexicano, puede ser resumida en las palabras de Barenys: “Toda institución es un reflejo de la sociedad que la ha alumbrado, ello quiere decir que abordar su análisis es ahondar en el significado sociológico de la ancianidad en nuestra sociedad” (Barenys, 1993, p. 130).

A propósito del análisis de instituciones totales en un contexto global, podemos rescatar el estudio de Henry (1970), debido a que él se abocó de igual manera al tratamiento que las instituciones proveen a los enfermos mentales y a los viejos. Henry menciona que las

aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad: hospitales de enfermos infecciosos, hospitales psiquiátricos y leprosarios; las instituciones organizadas para proteger a la comunidad de quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, y en las que no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos: cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración; las instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral: cuarteles, barcos, escuelas de internos y campos de trabajo, entre otros; y, finalmente, los establecimientos concebidos como refugios del mundo: abadías, monasterios, conventos y otros claustros (Goffman, 2001, p. 18-19).

⁴⁴ “Cada institución establece un carácter nacional de los internados y del personal de acuerdo con las implacables exigencias de la institución, y en relación con las características aportadas a ella por los internados y el personal [...] Así, el carácter nacional de todos los internados se reduce a varios componentes sencillos por obra de la tiranía de la institución. Estos componentes son la apatía, la preocupación obsesiva por la comida y los excrementos, la adopción del papel de niño-animal y la defensa de la cama. A esto puede añadirse la aquiescencia general a todo lo que la institución hace, la decadencia de la función del asco y la preocupación por la reminiscencia”. (Henry, 1970, p. 395-396).

instituciones requieren de una rutina. Y que esa rutina “exige que se controlen todas las improbabilidades y, por lo tanto que se perciba como idénticos a todos los pacientes y que se les trate como tales” (p. 356). Tenemos aquí un acercamiento a la institución homogeneizante que merma la individualidad y deshumaniza. El mismo autor señala que “el sentimiento de haber sido descartados los hace aferrarse a todos los que les muestran algún interés humano” (p. 361), y que “el silencio no es la única forma de comunicación deshumanizadora a la que estas personas están expuestas” (p. 365).

1.5.1. La vejez asilada en México

He dicho que la transición y el envejecimiento demográficos tienen consecuencias que ya son evidentes o que serán visibles a corto y mediano plazo. Una de ellas es, sin duda, el aumento en la demanda de servicios de asistencia y seguridad social, entre los que se encuentran los cuidados de largo plazo para las personas que no pueden ocuparse de sí mismas. Las instituciones de cuidados prolongados o residencias de larga estadía, conocidos comúnmente como “asilos” o “casas hogar”, constituyen el mecanismo más antiguo de atención a los grupos vulnerables, entre los que se encuentran los ancianos pobres y, en especial, los desamparados. De acuerdo con la Comisión Nacional de Derecho Humanos (CNDH, 1999), una de las principales consecuencias del proceso de envejecimiento demográfico, en lo que respecta a los países en desarrollo, consiste en el incremento de la demanda de los servicios de la seguridad social, a causa de la pobreza en que vive un gran número de ancianos.

Si bien la tradición asilar en México se remonta al período virreinal, su organización es el resultado de una serie de cambios de diversa índole que es necesario conocer para comprender su situación. A continuación analizo la historia de las instituciones de cuidados prolongados en México y contextualizo dicha asistencia dentro de la Ciudad de México.

Antes de continuar, me permito aclarar que una gran cantidad de autores consideran que el internamiento de un anciano en una residencia de larga estadía debe ser efectuado únicamente cuando todas las demás opciones han fallado. Así aparece relatado en la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal:

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto de manera constante y permanente deberá hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella [...] El lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca es su hogar; y solo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores. (Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, 2000)⁴⁵.

Aquí cabe integrar, también, las recomendaciones de Gutiérrez. Para este autor, es necesario tomar en cuenta alternativas que no impliquen la separación del adulto envejecido de su núcleo familiar. Mecanismos encaminados a este fin han sido desarrollados en otros países y algunos pocos, en México. Es pertinente observar su funcionamiento y evaluar sus objetivos, a manera de elaborar políticas asistenciales que permitan a los ancianos continuar integrados a la familia y a la comunidad (Gutiérrez, 1997)⁴⁶.

⁴⁵ Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, título tercero, capítulo único: De las obligaciones de la familia, artículos 6 y 7. La ley también señala, en el artículo 8, las obligaciones de la familia para con el adulto mayor: otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil; fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo; conocer los derechos de las personas adultas mayores [...]; y evitar que alguno de sus integrantes, cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia o actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

⁴⁶ Barenys, quien ha analizado las residencias de cuidados prolongados en Barcelona, propone “flexibilizar el medio institucional y permitir así a los ancianos residentes un mayor control sobre su vida y actividades...”

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1995b) también menciona el papel prioritario de la familia en cuanto al bienestar de los ancianos. Señala los principios existentes, que rigen la provisión de asistencia: el de obligación, que compromete a la familia a suministrarla en la medida de sus posibilidades; el de la disposición del Estado para determinar qué tipo de ayuda suministrar; y el de compensación, según el cual el Estado debe ofrecerla independientemente de la disposición de la familia. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de los países de América Latina cuentan con sistemas de seguridad social ineficientes; la protección a los ancianos es prácticamente inexistente, debido a su baja prioridad política. Las acciones realizadas, entre las que se encuentran el establecimiento de asilos y residencias, dependen de “una mezcla de iniciativas provenientes de instituciones de caridad, servicios públicos de salud, gobiernos locales, programas de seguros sociales y organizaciones no gubernamentales” (CISS, 1995, p. 115).

Los asilos representan la modalidad más antigua y universal de la atención a los ancianos fuera de su familia (Anzola, 1993) y su importancia se acrecienta a medida que el segmento de la tercera edad, en especial el que padece pobreza y marginación, se incrementa en números absolutos y porcentuales. Además, las estructuras familiares continúan reconfigurándose: disminuye la fecundidad y con ella el tamaño de la familia (Welti y Montes de Oca, 1997) y cada vez con mayor frecuencia los mayores jubilados, retirados o improductivos son rezagados del núcleo, constituyendo una especie de carga para sus familiares más jóvenes. Es entonces cuando entran en juego los asilo, como instituciones que ofrecen cuidados prolongados a los ancianos que no son capaces de valerse

[además de propiciar] servicios alternativos de apoyo a la familia y al anciano que vive y quiere vivir solo. Para ello se debe ampliar la red de servicios de ayuda a domicilio, los teléfonos alarma, información sobre los pisos compartidos las familias de acogida, etc.” (Barenys, 1993, p. 134),

por sí mismos y que no cuentan con familiares con posibilidades o en disposición de ocuparse de ellos.

La atención a los ancianos constituye una categoría dentro de los cuidados de largo plazo, los cuales son definidos como “un conjunto de servicios de salud, atención personal y servicios sociales que reciben aquellas personas que tienen un grado significativo de limitación funcional” (Kane y Kane, en De los Reyes, 2007). Es necesario apuntar que, en México, la mayoría de los adultos mayores son funcionales, pero la minoría dependiente absorbe una porción significativa de los gastos en salud (Quintanar, 2000); este sector es el que tiene alto riesgo de ser ingresado en instituciones de cuidados prolongados, donde pueda ser atendido por personal capacitado. Además, la necesidad de ayuda se incrementa con la edad y prevalece entre la población femenina (Gutiérrez Robledo, 2004).

Los orígenes de los asilos en México se remontan a la época virreinal. Son instituciones que tienen una larga trayectoria, si bien se han formalizado y oficializando a lo largo del tiempo hasta constituirse en su forma actual, en correspondencia con las diversas condiciones históricas.

El surgimiento de los asilos y residencias en nuestro país está estrechamente ligado al de las instituciones hospitalarias⁴⁷, las cuales comenzaron a erigirse durante la época colonial, a manera de herencia occidental traída por los españoles. Fueron las órdenes religiosas a través de los misioneros, principalmente franciscanos, quienes se encargaron de la atención a los grupos más desprotegidos, incluido el segmento de la tercera edad (Márquez, 1993). Los primeros años de vida independiente, hasta principios del siglo XX,

⁴⁷ La Enciclopedia de México (1993) señala que la palabra *hospital* está ligada al vocablo *hospitium*, o sea *hospicio*: casa destinada a albergar pobres, peregrinos, inválidos, viejos o enfermos; de hecho, durante los siglos coloniales, *hospital* y *hospicio* fueron sinónimos.

estuvieron caracterizados por la caridad de particulares e instituciones de beneficencia. Fue hasta la segunda mitad de ese siglo cuando la seguridad social de los ciudadanos vulnerables comenzó a ser obligación del Estado y no únicamente efecto de la caridad eclesiástica o de particulares.

El primer hospital de la Nueva España fue el de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, establecido por Hernán Cortés al término de la conquista de México-Tenochtitlan. Quintanar refiere que fue Fray Bernardino Álvarez, perteneciente a la orden de los hipólitos, el primero en observar la falta de asilos para los ancianos pobres que subsistían con limosnas; por ello decidió fundar, en 1567, una institución que amparara a éstos y a los locos por igual (Quintanar 2000).

La mayoría de las instituciones hospitalarias empezaron a decaer y desaparecieron durante los primeros años de vida independiente. Otras se transformaron y algunas más fueron creadas. Durante el siglo XIX se erigieron algunos hospitales más, los cuales comenzaron a ser responsabilidad del Estado y ya no de las órdenes religiosas. Se perfilaba así un sistema de seguridad social que más tarde se ocuparía de garantizar el bienestar de los ciudadanos, concibiéndolo como un derecho⁴⁸. Sin embargo, la protección a los desamparados, entre los que se encontraban los ancianos, siguió corriendo a cargo de particulares, en especial de instituciones de beneficencia.

El liberalismo porfiriano impulsó que la inversión del capital extranjero se extendiera a la actividad económica y de servicios públicos. Quintanar (2000) refiere que la asistencia pública perdió vigor al considerarse que no era responsabilidad del Estado sino de los

⁴⁸ Durante el mandato del presidente Juárez fueron nacionalizados los bienes del clero, incluidos los hospitales, de los cuales se comenzarían a encargar los gobiernos locales. Debido a que, desde 1821, éstos habían sido entregados a los Ayuntamientos, dicha disposición sólo afectaba a los hospitales generales de San Andrés, en México y de Belem, en Guadalajara.

individuos; esta situación propició un florecimiento de la beneficencia privada apoyada por el clero y las autoridades civiles. Todos estos espacios, fundados por la buena voluntad, no contaban con sistemas de previsión económica ni social. Las instituciones asilares para ancianos comenzaron a formalizarse y a atender las necesidades de un segmento desamparado, que aumentaba rápidamente. En palabras de Tapia: “los asilos de ancianos constituyen la primera manifestación social de preocupación por los ancianos marginales” (Tapia, 1994, p. 27).

A finales del siglo XIX se fundaron algunas instituciones de beneficencia dedicadas a la atención a la vejez: la Asociación Francisco Díaz de León, en 1879, la Asociación Franco-Mexicana, Suiza y Belga de Beneficencia Privada, en 1884, el Instituto de Beneficencia Lorrainzar y la Casa Hogar Mariano Gálvez, en 1885, la Casa Hogar Santa María de Guadalupe, en 1891, la Fundación Asilo Casa-Betti, en 1893, el Hogar para Ancianos Matías Romero, en 1898 y la Fundación de Ayuda a la Ancianidad con la Casa Isabel la Católica y la Casa Hogar Nuestra Señora del Camino, en 1899 (Márquez, 1993).

Al comenzar el siglo XX, se crearon las Sociedades de Beneficencia Española y Americana, así como la Asociación de Ayuda de la colonia alemana. En las primeras dos décadas se construyeron una casa hogar en Popotla, un asilo en Orizaba, Veracruz, y otro en la calle de San Salvador el Verde, en la Ciudad de México. En el período revolucionario surgió la Fundación Mier y Pesado y, a principios de la época posrevolucionaria, la Fundación de Socorros Agustín González de Cossío y la Casa Hogar para Ancianos Hospital Concepción Béistegui, en 1928 (Márquez, 1993, p. 43 y Quintanar, 2000). En 1934, Vicente García Torres donó la hacienda Torre Blanca en Tacuba, y en 1937 se colocó la primera piedra para el asilo

Arturo Mundet, en el casco de la hacienda Guadalupe Inn. Se considera ésta la primera institución oficial construida especialmente para ancianos en nuestro país.

Puede vislumbrarse la tónica que regiría casi un siglo de vida independiente: las aportaciones de sociedades civiles, nacionales y extranjeras, de beneficencia y filantropía, encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población desprotegida, en particular la del segmento de la tercera edad.

Es durante este período que, a nivel internacional, comenzaron a ocurrir cambios igualmente importantes en lo que respecta a la atención hacia la vejez. La historia de las residencias para ancianos, formalmente constituidas y normadas, independientes de las instituciones hospitalarias y de los albergues, es reciente incluso en un contexto global. Rodríguez Rodríguez (1999a) señala que dicha trayectoria en algunos países desarrollados comenzó después de la Segunda Guerra Mundial, y en España mucho más tarde.

En México, la segunda mitad del siglo XX estuvo marcada por la acción de la beneficencia, al igual que en épocas pasadas⁴⁹. Lo que diferencia a este final de siglo del anterior es que convivieron por primera vez en nuestro país las sociedades de filantropía con las instituciones pertenecientes al Estado mexicano, dirigidas a propiciar el bienestar y la calidad de vida de los segmentos vulnerables. Desde los años cuarenta había surgido el Instituto Mexicano del Seguro Social, pero fue hasta 1977 cuando se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a partir de la fusión del Instituto Mexicano

⁴⁹ Destacan la asociación Los sesenta, fundada en 1968, institución autofinanciada a través de talleres de capacitación, cuyas utilidades mantienen hasta la fecha una casa hogar en la colonia Santa María la Ribera y un albergue en la colonia Martín Carrera. También, la casa hogar para ancianos Mujeres Cotija de la Paz, fundada en 1973, y la Fundación Protección y Asistencia para Ancianos Desvalidos, en 1974. En 1977 surge el organismo Atención al Anciano y Protección Social y, en 1982, la Fundación para Ayuda de Ancianos y la Casa de la Divina Providencia; en 1988, la Fundación Residencia Reina Sofía y en 1989, la Asociación Teodoro Gildred y el asilo para ancianos desamparados Dr. Gonzalo Cossío Ducoing. Finalmente, en la década de los noventa se crean la Fundación de Mano Amiga a Mano Anciana y la Fundación Rosa Logroño, en 1990, así como las Fundaciones Bringas-Haghenbeck y Promoción Humana, en 1991 (Márquez, 1993).

para la Infancia y la Familia (IMPI) con la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Dos años después, en 1979, se constituyó el Insen (Instituto Nacional de la Senectud) por decreto presidencial de López Portillo. El Insen quedó como dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, actualmente Secretaría de Salud, “para dar respuesta a las demandas de las personas adultas mayores y de la sociedad civil como una oportunidad de atención a este grupo poblacional, en busca de su bienestar” (Inapam, 2012). Durante un breve lapso en 2002 se conoció como Inaplen (Instituto Nacional de Adultos en Plenitud), y fue entonces cuando pasó a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social. Inaplen estaba basado en la idea de que “el adulto mayor es fuente de experiencia y testimonio vivo de valores y virtudes en plenitud, convirtiéndose en el órgano rector de las políticas públicas de desarrollo social y humano para las personas mayores” (Inapam, 2012). Finalmente, el 25 de junio de ese mismo año se volvió a cambiar el nombre de la dependencia, esta vez por Inapam, que es como se le conoce hasta la fecha.

El Inapam es una dependencia del gobierno federal cuyos objetivos son “ayudar, atender, proteger y orientar a la población de edad avanzada del país y estudiar los problemas específicos derivados de la senectud y ofrecer soluciones integrales a sus requerimientos y necesidades concretas” (Banda, 1993, p. 28). El Inapam, el DIF y el IMSS son instituciones en las cuales recae la atención a la familia y a los ancianos, de manera obligatoria y desde la perspectiva de los derechos sociales y humanos, sin depender de la acción caritativa y voluntaria⁵⁰.

⁵⁰ Estos esfuerzos gubernamentales no son aislados. En otros países la tendencia es la misma: la constitución de sistemas públicos de servicios sociales. Por ejemplo, para el caso español, Rodríguez refiere que, durante una primera etapa, el esfuerzo se encaminó a la construcción de residencias formalmente organizadas, “cuyo diseño trataba de mejorar sustancialmente la antigua concepción del asilo, que veía a la institución como una beneficencia destinada fundamentalmente a ancianos indigentes y abandonados” (Rodríguez, 1999a, p. 21-22 y Bazo y García Sanz, 1998). La proliferación de este tipo de espacios puede explicarse, según la misma autora,

Esta contextualización sociohistórica de las instituciones asilares facilita el análisis de su situación en el siglo XXI: entender que la interrelación entre la beneficencia y la seguridad social ha marcado el camino de los asilos y residencias para ancianos mayores, permitiéndoles constituirse en su forma actual. Algunos autores cuestionan si esto ha resultado en beneficio de los ancianos:

Con el desplazamiento hacia las ciudades y la institucionalización de la salud, los viejos adquieren protección estatal pero pierden calidez en la convivencia. Si llegan a asilo o permanecen en sus casas viven una exclusión de la vida normal, se les aísla del resto de la sociedad. Es justamente el aislamiento emocional una de las principales características del proceso de envejecimiento en las sociedades avanzadas. (Fernández Christlieb, 1982:16).

La institucionalización de los ancianos en residencias de cuidados prolongados obedece a los ámbitos individual, familiar y social. En el primero, el individuo envejecido pierde la capacidad para desarrollar tareas de cuidado personal. Requiere, entonces, de la atención de terceros (Vizcaino, 2000). A esto pueden sumarse causas de tipo psicológico como la soledad o el sentimiento de representar una molestia para los demás, cuando es el caso de los ancianos que se autoingresan en una residencia, los cuales son una marcada minoría (Fericgla, 2000).

La vulnerabilidad se manifiesta no sólo a nivel de grupo, ni a través de marcadores estadísticos; hay un tipo de fragilidad individual que se relaciona con un sentimiento de inseguridad. Al respecto, Hashimoto señala que:

[la seguridad] no solamente se refiere a la seguridad física, sino también a aquella en un sentido genérico, el sentimiento de formar parte de un mundo social que gira alrededor de un orden familiar con cierta predictibilidad [...]. En un sentido más concreto, la seguridad en la vejez se refiere a nuestro sentido de que el apoyo y los medios de subsistencia estarán disponibles en un modo particular, habida cuenta de

por la práctica inexistencia de otros recursos de atención social. Esta concepción coincide con el panorama mexicano, en donde, tradicionalmente, las instituciones de cuidado prolongado representan el recurso de última instancia al que acceden los ancianos marginales (Tapia, 1994).

que conocemos cuáles serán nuestras necesidades en el futuro” (Hashimoto, 2000, p. 20).

Es necesario recordar que son los Estados los que deben proporcionar la seguridad y asistencia social, apoyados por la sociedad en su conjunto. La asistencia social, según la Ley General de Salud, es “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva” (Banda, 2003, p. 26). Por ello, según el mismo autor, son “actividades básicas de asistencia social, entre otras, la atención en establecimientos especializados a senectos en situación de abandono o desamparo” (*Ibidem*).

Partiendo de que las instituciones de cuidado prolongado encaminadas a la protección de la vejez son necesarias, podemos comenzar a definir las y caracterizarlas. En México, el primer problema al que nos enfrentamos es que no contamos con estadísticas precisas del número de ancianos internados en instituciones (Krassoievitch, citado en Quintanar, 2000), ni con información confiable sobre los asilos y casas hogar (Quintanar, 2000). La situación empeora si queremos delimitar por entidades federativas. Sin embargo, podemos tomar como base en la realidad de otros contextos, y complementar la investigación con los pocos datos que tenemos sobre las condiciones de nuestro país.

Sabemos, en primer lugar, que en las instituciones de cuidados prolongados en México residen en su mayoría ancianos, ya sea con incapacidad o en necesidad de asistencia social y que el 52% de éstos, en su amplia mayoría mujeres, requieren ayuda parcial o total para las actividades básicas (Gutiérrez Robledo, 1996). Conocemos también el insignificante

porcentaje nacional total de personas que reside en viviendas colectivas o instituciones (apenas el 0.5% del total de la población residente en hogares particulares) y la deficiente oferta de instituciones de asistencia sociales en estados como Chiapas, Guerrero y México. Dos datos más que saltan a la vista son: que la población mexicana mayor de sesenta años viviendo en instituciones se concentra más bien en asilos (44.8%) y que los residentes de los asilos no se ubican en los estratos sociales más altos (Gomes da Conceição, 1997).

Los cuidados prolongados forman parte de un sistema de servicios tanto a nivel formal o institucional, es decir aquel que es otorgado por organismos gubernamentales o asociaciones civiles o religiosas, como informal: familia y comunidad (Montes de Oca, 2001). Ambos niveles se complementan. La expresión máxima de los cuidados institucionales consiste en las residencias de larga estadía. Si bien en naciones económicamente desarrolladas, en donde los sistemas de seguridad social son más estables y se encuentran mejor organizados, los cuidados prolongados pueden ser diferenciados por características como servicios, personal y funcionalidad⁵¹, ésta no es la situación de los contextos pobres. Tapia señala que los asilos de ancianos “se limitan a brindar techo y alimentación a los asilados; excepcionalmente algunos brindan un número limitado de servicios médicos, enfermería y sociales” (Tapia, 1994, p. 28)

Fericgla (1992, p. 273-275) señala que en España existen cuatro categorías de residencias de cuidados prolongados para la tercera edad: a) las que dependen de las administraciones públicas; b) las que son dirigidas por órdenes religiosas; c) las privadas de difícil acceso; y d) los hogares privados de bajo costo. Quintanar (2000), por su parte, cita

⁵¹ Para el caso español, por ejemplo, Rodríguez Rodríguez define la residencia como un “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez Rodríguez, 1999b, p. 50).

una clasificación de Gutiérrez Robledo sobre el contexto mexicano: a) residencias protegidas que requieren instalaciones mínimas porque sus habitantes son funcionales; b) casas de reposo con población medianamente dependiente que requiere cuidados especializados; y c) hospitales de estancia prolongada, con residentes totalmente dependientes que requieren atención continua y especializada. Como extra, aparecen los asilos de enseñanza. El mismo autor refiere una categorización que, si bien no es tajante, consiste en un mecanismo teórico para abordar una realidad social diversa y heterogénea:

[...] la función social del asilo es la de ser una institución de protección y amparo para las personas imposibilitadas de ejercer sus derechos humanos y que necesitan del auxilio de otros [y que] conforme se fueron repensando las condiciones y necesidades de los ancianos, así como las condiciones de vida que ofrecían los asilos, este nombre se fue cambiando por uno más popular: “casa hogar para ancianos”, el cual generalmente está identificado con el nombre de un santo, benefactor o fundador. [Y continúa señalando que] “residencia para ancianos” se refiere a un espacio donde se cuenta con mayor independencia y autosuficiencia por parte de los residentes. (Quintanar, 2000, p. 15-16).

Podemos decir, a grandes rasgos, que en México las instituciones dedicadas a ofrecer cuidados de largo plazo a las personas de la tercera edad dependen de tres ámbitos institucionales: el Estado, las organizaciones de beneficencia y caridad y las empresas con fines lucrativos. Para el primer caso, las instituciones responsables son el Inapam y el DIF, así como los Ayuntamientos y gobiernos locales. El Inapam cuenta con albergues que ofrecen protección a los ancianos desamparados, a la vez que funcionan como residencias diurnas. El DIF tiene a su cargo cuatro residencias de larga estadía: los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico Arturo Mundet y Vicente García Torres, y las Casas Hogar Para Ancianos Olga Tamayo y Los Tamayo, a los que se suma un número de albergues. En total, esta institución da cabida a cerca de dos mil ancianos (CNDH, 1999 y Rodríguez Ajenjo, 1999). Las organizaciones de beneficencia y caridad se encuentran

agrupadas en la Junta de Asistencia Privada (JAP) y están dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad: brindan y cubren las necesidades básicas universales e instrumentales de los ancianos atendidos en las casas hogar tales como la alimentación, vestido, techo, servicios médicos, terapia física, ocupacional, seguridad, higiene, actividades sociales y reintegración familiar. Tapia señala que los asilos dependientes de ellas, en su mayoría, gozan de un alto grado de autonomía operacional (Tapia, 1994). Finalmente, en lo que respecta a los particulares que establecen centros gerontológicos con fines lucrativos, la situación es más crítica y peligrosa. Grupos empresariales nacionales y extranjeros desarrollan hogares de ancianos que ofrecen una amplia gama de servicios a ancianos con relativos grados de vulnerabilidad (Tapia, 1994). La calidad de la atención que se brinda en estas instituciones es con frecuencia deplorable. Muchas de ellas no están calificadas para brindar sus servicios: son de menor calidad y no poseen la infraestructura ni el personal necesarios para cuidar a las personas de sesenta años y más, en especial si padecen enfermedades (Gutiérrez Robledo, citado en Montes de Oca, 2003)⁵².

A decir del director del Instituto Nacional de Geriátrica, los asilos privados y públicos que cumplen con los servicios establecidos por la OMS son minoría⁵³. Debemos examinar las principales debilidades de este tipo de espacios para sopesar el peligro de depender de ellos. Es preciso desarrollar políticas sociales encaminadas a mejorar el bienestar del segmento

⁵² Un buen ejemplo de lo anterior lo podemos encontrar en la denuncia ciudadana interpuesta por los vecinos de la colonia Romero de Terreros, en el sur de la Ciudad de México (García, 2012). Después de notar que una casa del barrio se convertía gradualmente, sin permiso ni registro, en una residencia de larga estadía para ancianos, comenzaron a quejarse de manera formal y ante los medios de comunicación. Aseguran que han visto escenas de maltrato y negligencia, además de un permanente descuido en salubridad. En una entrevista a propósito de este tema, el director de atención geriátrica del Inapam aceptó que no hay mecanismos que sancionen a los asilos que no se registren ante las autoridades correspondientes.

⁵³ La apertura de un centro geriátrico debe cumplir con la norma 167SSA1-1997, la cual establece las condiciones integrales de asistencia social para la prestación de servicios a adultos mayores. El Inapam es el organismo que supervisa estas instituciones, pero no está facultado para expedir sanciones (García, 2016).

anciano sin necesidad de internar a los adultos mayores en asilos o residencias. Anzola señala que “se impone la necesidad de identificar algunas alternativas más adecuadas que la tradicional institucionalización a largo plazo, la modalidad dominante en América Latina, que contribuyan al mayor bienestar de los adultos mayores” (Anzola, 1993, p. 17).

Asimismo, es necesario evaluar las condiciones generales de los asilos existentes para ver en qué forma se pueden maximizar sus beneficios y aumentar la calidad de vida de sus residentes. A las instituciones de cuidado prolongado las aquejan deficiencias que es preciso combatir. Éstas pueden ser agrupadas en dos campos: a) la organización de las políticas asistenciales y la construcción de las residencias no han contado con una correcta planeación estructural; y b) el cuidado de los ancianos internados tiende a estar sobrecargado hacia el Estado y las instituciones, con un consecuente abandono por parte de la red familiar.

A este respecto, es pertinente recordar que la organización de las instituciones asilares ha estado caracterizada por la falta de un modelo integrado de desarrollo (Quintanar, 2000, p. 99), que debe sumarse a la pobre normatividad existente. La falta de planeación tiene como principal consecuencia el hecho de que la cobertura de los centros de atención para ancianos ya haya sido rebasada; además, el mantenimiento de estos espacios es elevado e irregular, en comparación con otros servicios de asistencia (Braez, citada en Quintanar, 2000).

Los asilos en México se han construido duplicando el patrón de otras sociedades y su organización no siempre ha sido la correcta. En la opinión de Quintanar, si estos espacios no cuentan con las medidas especificadas por la OMS es porque han seguido modelos de

desarrollo arbitrarios y desordenados; muchas casas hogar no se encuentran ni siquiera registradas ante la Secretaría de Salubridad (Quintanar, 2000, p. 144-145).

Otros problemas que merman la capacidad de ayuda de las residencias son la falta de personal capacitado, las carencias económicas, las diferencias de nivel social, cultural y económico de los ancianos y el estado físico y psíquico de éstos, casi siempre debilitado (CISS, 1995b); es clara, además, la inadecuación de los servicios ofrecidos con respecto a las necesidades de los beneficiarios (Gutiérrez Robledo, 2004). Finalmente, no debemos olvidar lo inconveniente del aislamiento e inactividad de los ancianos, íntimamente vinculado con el segundo ámbito.

La estabilidad psicológica del anciano se ve resquebrajada tras su internamiento en un asilo⁵⁴. Es una ruptura que genera estragos. El anciano que es institucionalizado pierde la mayor parte de sus referentes sociales, su autoimagen se resquebraja, sus relaciones sociales se deterioran y el alejamiento de la estructura familiar es casi definitivo. Estas razones, aunadas al desarraigo territorial y social que supone, ocasionan que el ingreso en un hogar para ancianos sea la expectativa menos deseada por todos los adultos mayores (Fericgla, 1992). Dicho aislamiento, además, es fuente de angustias y tensiones (CISS, 1995a, p. 137) y generador de una de las características predominantes de la vida cotidiana de los ancianos internados: la soledad.

La soledad es una consecuencia directa del desarraigo familiar y social del anciano. La rotura total o parcial de la red familiar de los mayores y la separación de su grupo de pertenencia anterior ocasionan un sentimiento de soledad que puede llegar a determinar pautas de comportamiento (Fericgla, 1992) y desencadenar padecimientos psicológicos y

⁵⁴ En Cataluña, prácticamente un tercio de los ancianos ingresados en hogares y residencias, incluso privadas, no recibe nunca visitas (Fericgla, 1992).

afectivos. Sea porque el individuo vive lejos de su familia filial, sea porque carece de ella, el traslado a una residencia lo obliga a abandonar gradualmente elementos que conformaban su identidad, mermando la dimensión social de su vida. Bustos y Velázquez mencionan al respecto lo siguiente:

Cuando el anciano es internado por sus familiares sin tomar en cuenta su opinión, manifestará agresividad y rencor a ellos y a la sociedad en general, cerrándose a toda persona que se le acerque. Cuando son internados por no poder vivir con sus familiares y el anciano está de acuerdo, manifestará una gran tristeza y conformismo, creyendo que no tiene a nadie que lo quiera y se sentirá completamente solo. Cuando ingresa a la institución por no contar con recursos económicos ni familiares, puede pasarse su estancia en el conformismo, comprendiendo que no teniendo otro lugar en donde vivir, la institución le proporciona una estancia agradable para los últimos días de su vida, se mostrarán [sic] contentos y ayudarán a los demás ancianos a su adaptación a la institución. [...] Los ancianos que no tienen familiares presentan mayor ansiedad que los que sí tienen familiares, probablemente esto se deba al sentimiento de desolación del que son presa por la falta o pérdida de lazos afectivos, los cuales dan al anciano la motivación para seguir viviendo (Bustos y Velázquez, 2001).

También Palma menciona que:

El internamiento remueve ansiedades, viéndolo como un rechazo de sus familiares y temiéndole al futuro rechazo de la nueva sociedad a la que ingresa, de tal forma que se ven obligados a elaborar un duelo ante pérdidas materiales y personales que representan su contacto con el mundo y su propia seguridad. [...] Sabemos que toda institución se maneja con un personal burocrático que en muchos de los casos solo están por recibir un sueldo, justificando sus acciones bajo la bandera de “así lo manda la institución” [y que] esta actitud deshumaniza e incide directamente sobre la conducta misma del anciano (Palma, 1993, p. 109 y 158).

Dado que los países europeos se encuentran en fases más avanzadas del proceso de envejecimiento demográfico, es válido voltear a ver las medidas que han tomado en materia de internamiento. En Europa, las residencias tuvieron un importante auge durante los años sesenta y setenta. Poco tiempo después, comenzaron a vislumbrarse aspectos negativos de la vida en dichos espacios; entre otros, el gran tamaño de las poblaciones, el que estuvieran segregadas y desintegradas del conjunto urbano y de los recursos y su concepción predominantemente asistencialista. Durante los años ochenta, en algunos países llegó a

prohibirse la construcción de este tipo de espacios. Se comenzaron a idear alternativas y emergieron programas destinados a satisfacer las necesidades de las personas de la tercera edad, sin necesidad de su internamiento en asilos (Rodríguez Rodríguez, 1999a). Los mecanismos que mejor funcionaron, y que continúan vigentes en la actualidad, son los servicios de atención domiciliaria y los centros de cuidado diurno. De hecho, han sido implementados también en países latinoamericanos, incluido México.

Al sistema de atención domiciliaria, la Organización Panamericana de la Salud lo define como servicios “mediante los cuales se ayuda a las personas mayores a la limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos, lavado de ropa, préstamo de equipos o ayudas médicas, entre otras, para aquellos ancianos que viven solos, son discapacitados o deben permanecer solos por necesidades impostergables de sus familiares” (OPS, 1995, p. 110). Haciendo uso de la tecnología moderna, de los sistemas de teleasistencia y la ayuda telefónica se intenta mantener a los ancianos en situaciones críticas en su entorno habitual (OPS, 1995, p. 108).

El sistema más generalizado, sobre todo en México, es el de los centros de atención diurna o estancias de día para ancianos autosuficientes. Estos espacios garantizan un apoyo a la familia al hacerse cargo de los adultos mayores entre ocho y diez horas diarias y facilitan su permanencia en la comunidad y en el núcleo familiar; además, son un mecanismo de socialización y requieren de muy poco personal y recursos económicos (Anzola, 1993). Los centros de atención diurna son un buen complemento de los servicios de ayuda domiciliaria (Jimeno, 1999). Una variación al tradicional centro de día es el hospital geriátrico de día. Éste representa una oferta nueva: proporciona servicios médicos y de enfermería de tipo asistencial y docente (Anzola, 1993). En el contexto argentino, el Programa Asistencial Social

Integral (PASI) señaló como prestaciones los centros y hospitales de día, asegurando que sus principales objetivos son “ayudar a la continencia familiar y retrasar una posible internación” (CISS, 1995b, p. 35).

La versión más extendida, a nivel nacional, de los centros de atención de día, son los clubes de la tercera edad que organiza la Secretaría de Desarrollo Social a través del Inapam, en coordinación con el DIF y con los distintos Ayuntamientos. Estos espacios congregan a adultos mayores de sesenta años para llevar a cabo actividades recreativas, culturales, educativas, deportivas y de prevención de la salud, entre muchas otras.

El Inapam cuenta con la modalidad de residencias diurnas, las cuales son lugares “donde la población senecta puede permanecer durante el día y desarrollar actividades productivas de su interés, además de contar con servicios de consulta médica, comedor y apoyo psicológico” (CNDH, 1999, p. 137⁵⁵).

Una alternativa más a la institucionalización de largo plazo, registrada en el contexto español, consiste en un servicio de estancias temporales en residencia: “representa un servicio que permite permanecer durante períodos de corta estancia en una residencia de ancianos. Supone un apoyo importante a las familias que conviven con los ancianos y les atienden habitualmente, de forma que una vez superadas las situaciones de necesidad condicionantes puedan seguir haciéndolo (Jimeno, 1999). Los principales beneficios que otorgan son: el retraso de la internación en una residencia, alivio del estrés familiar,

⁵⁵ En 1999 el Inapam todavía usaba su nombre original: Insen. En la página oficial del Inapam, las características de las residencias de día se han actualizado, y ahora aparecen de la siguiente manera: “Los albergues y residencias diurnas, que proporcionan asistencia integral a los adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y ser independientes. Ahí reciben alojamiento permanente o temporal, además de alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social”.

previsión de conflictos, permanencia del mayor en su entorno habitual y rentabilización máxima de los medios humanos, materiales y organizativos de los centros (Jimeno, 1999).

Una acción complementaria consistió en un programa implementado durante el gobierno de Miguel de la Madrid, llamado Consejo de ancianos. Se trató de la creación de espacios sociales en las diferentes colonias con la intención de que los adultos mayores adquirieran un rol activo. Los jóvenes acudirían a ellos en busca de orientación y ellos conservarían un lugar digno dentro de la escala social. Lo anterior, como una supuesta reapropiación de la función social del anciano durante la época precolombina. Sin embargo, resultó que estos espacios se fundamentaban en una idea de vejez muy arcaica, y no les ofrecían a los ancianos verdaderas herramientas para desenvolverse en la sociedad contemporánea (Quintanar, 2000). Quizás con una reformulación, la justificación del proyecto no resulte tan alejada de las necesidades reales, sobre todo a raíz de los últimos descubrimientos neurocientíficos, como los enunciados por Goldberg (2006), según los cuales un programa de mejora cognitiva que incluya la ejercitación de la memoria de los viejos para la creación de nuevos patrones neuronales podría resultar en una mayor calidad de vida para ellos.

Finalmente, es necesario puntualizar la importancia de contar con una atención geriátrica progresiva que tenga un carácter preventivo más que curativo. Con esta medida, se podría disminuir la demanda de institucionalización; al aumentar el uso de servicios de salud comunitarios, se reducen la demanda de hospitalización y los costos médicos, a la vez que aumenta el índice de longevidad (OPS, 1995). No sobra insistir en la importancia de mantener al anciano integrado a la comunidad el mayor tiempo posible. Para ello puede optarse por equipar adecuadamente las viviendas, adaptándolas a las necesidades de los

adultos mayores (OPS, 1995); así como por desarrollar políticas preventivas que los mantengan con independencia en el seno de la familia y grupo social. Las políticas de garantía de protección completa deben reservarse para casos extremos; es decir, la institucionalización debe considerarse una opción únicamente cuando hayan fracasado todos los esfuerzos anteriores.

Hay, entonces, una serie de alternativas a la institucionalización de los adultos mayores en residencias y asilos. A pesar de que cumplen una función social, los expertos consideran que sería un error tanto desaparecerlos como poner en marcha más espacios de este tipo⁵⁶. Conviene más acercarse a la evaluación general para esbozar recomendaciones que mejoren los servicios ofrecidos y aumenten la calidad de vida de los residentes; conocer qué medidas se han implementado en otros contextos ayudará también a este proceso. A manera de apología de la institucionalización, cabe recordar que la atención del anciano por parte de un equipo multidisciplinario disminuye las complicaciones y permite la rehabilitación, reduciendo el costo de la atención médica y devolviendo gradualmente al individuo a su domicilio (Gutiérrez Robledo *et al.*, 1996).

En primer lugar es urgente revisar la precaria normatividad de las residencias desde el ámbito institucional. Como hemos dicho, la mayor parte de ellas carecen de personal capacitado y padecen de graves insuficiencias para hacer frente al deterioro funcional de sus habitantes (Gutiérrez Robledo, 1997). La aplicación del proceso administrativo: planeación, organización, dirección o conducción, control y evaluación para la atención a los ancianos permitirá maximizar el uso de los recursos y obtener mejores resultados; no sobra recordar

⁵⁶ De hecho, el Programa Regional Salud de los Ancianos de la OPS “no recomienda la apertura de nuevos hogares de ancianos ni la expansión de los existentes, sino más bien evaluar los que existen y mejorar sus condiciones físicas y de funcionamiento” (Anzola, 1993, p. 22).

la importancia de contar con una correcta supervisión e indicadores de desempeño (Martínez Narváez, 1993). Esta tarea no es imposible; de hecho, los datos existentes permiten esbozar ya una estrategia de desarrollo (Gutiérrez Robledo, 2004, p. 66). Para este respecto, deben considerarse políticas generales y específicas que den cuenta de la heterogeneidad existente entre los grupos de edad.

El individuo envejecido debe ser considerado, en todo momento, como un sujeto con poder de decisión y autonomía. Idealmente, debe participar en la selección y preparación del proceso (Peers, 1985) y escoger entre las diferentes opciones a través de un mecanismo de evaluación (Anzola, 1993). Además, es ineludible realizar una evaluación médica antes de determinar el ingreso en una institución de cuidado prolongado. De ser posible, el nuevo espacio debe mantener una atmósfera similar a la de la residencia familiar para disminuir el impacto del cambio. Se supone que las residencias intentan complementar o sustituir la situación familiar cuando el grupo familiar no se encuentra en posibilidades de cuidar del anciano; dado que la casa hogar se convierte en el nuevo hogar del anciano, no debe aplicarse un modelo hospitalario, aunque por obvias razones debe estar lo suficientemente equipada para hacer frente a las necesidades de sus habitantes. Una residencia pequeña, situada en el barrio del anciano, es la mejor opción.

Es necesario fomentar la autonomía y a la vez la solidaridad en la tercera edad institucionalizada. De este modo se conseguirá que las personas de edad avanzada se mantengan como miembros útiles, activos y con un sentido de pertenencia. Debe impulsárseles a participar en la toma de decisiones colectivas. Hay que evitar a toda costa la excesiva medicación que incrementa el sentimiento de dependencia y pasividad de los ancianos.

La residencia, mejor organizada y planificada, debe ser un recurso más de los que se ponen a disposición dentro del conjunto de los servicios sanitarios (Rodríguez Rodríguez, 1999a). Su función social no debe ser desdeñada, pero tampoco hay por qué negar o ocultar sus carencias y deficiencias.

1.5.2. El asilo Arturo Mundet

El nombre oficial del asilo Mundet es Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet. Esto, en un afán de dotar de a la institución de un carácter de integralidad, separarla de los albergues y hospicios destinados únicamente a garantizar la supervivencia de los residentes.

La historia del asilo Mundet se remonta a los inicios del siglo XX, cuando el empresario español Arturo Mundet Carbó, recién llegado a México, abrió la primera fábrica de corcho y poco más tarde la embotelladora Mundet. Algunas décadas más tarde, se dice que a raíz de la muerte de uno de sus hijos, potenció sus labores filantrópicas para financiar la Maternidad Mundet en el Sanatorio Español de la Ciudad de México, y en 1937 puso la primera piedra de lo que sería la Casa Hogar para Ancianos Arturo Mundet. El archivo de la fototeca del Instituto Nacional de Historia cuenta con fotografías⁵⁷ de aquellas épocas: la maqueta del proyecto y las instalaciones recién inauguradas. Al terminar esta labor, cedió un edificio de cinco pisos para que se convirtiera en un hospital infantil y donó el dinero

⁵⁷ Disponibles al final del texto, en el apartado Anexos.

necesario para que en España se inauguraran edificios destinados a la atención de huérfanos, ancianos y enfermos⁵⁸.

El asilo Mundet es un ejemplo de la transición en atención a población vulnerable: los servicios de cuidado dejaron de ser proyectos de beneficencia privada y comenzaron a ser responsabilidad del Estado. El asilo Mundet se incorporó al DIF en 1982, y hasta la fecha sigue a cargo de esta dependencia, a través de la Dirección general de integración social, la cual se rige bajo una estrategia de atención integral a los adultos mayores sujetos de asistencia social:

El objetivo de esta estrategia es atender de manera integral a personas adultas mayores vulnerables en los Centros Nacionales y las Casas Hogar para Ancianos [...] Las líneas de acción que permitirán cumplir esta estrategia son: Proporcionar atención integral los 365 días del año con los servicios de alojamiento, atención médica, psicológica, odontológica, actividades culturales, deportivas, recreativas, terapia ocupacional y rehabilitatoria, atención social, jurídica y de nutrición, entre otros, a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja social, con la finalidad de mantener su integridad y autosuficiencia, retrasando su deterioro, garantizando su seguridad, autosuficiencia y subsistencia para una vida digna, o bien proporcionar los cuidados paliativos necesarios hasta el final de la vida⁵⁹.

En entrevista con el colectivo Enex⁶⁰, especialista en envejecimiento, Juárez Hernández en representación del DIF, manifestó que:

a partir del año 2000 se inició un proceso de modernización del programa de intervención y un cambio en la forma de ver el envejecimiento y la vejez [...] Hoy, "Arturo Mundet" [...] ha cambiado con los nuevos tiempos, de la mano del Dr. Sergio Valdés Rojas. Esta transformación lo proyecta ahora como el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica "Arturo Mundet", en donde ya no solo se limita a brindar casa, vestido y alimentación a los ancianos albergados, sino como un centro de atención multidisciplinaria e interdisciplinaria. Lo que se comprendería como la parte de atención integral se compone de cuatro grandes áreas: la asistencial-

⁵⁸ Asimismo, el empresario comenzó la construcción de un parque que actualmente es el Club Mundet, un negocio privado, de élite, ubicado en Polanco.

⁵⁹ Información disponible en el sitio web oficial del DIF (consultado el 5 de mayo de 2017): <http://www.dif.gob.mx>

⁶⁰ El colectivo Enex es, en sus propias palabras, "un grupo multidisciplinario, sin fines de lucro, que aborda el tema de la gerontología desde una visión social, diseña y provee programas y servicios para personas de edad avanzada y para la preparación de la vejez en personas en proceso de envejecimiento". Información tomada de su sitio web oficial [julio de 2009]: <http://enexenvejecimientoexitoso.blogspot.mx/>

administrativa que provee de servicios básicos como insumos para la alimentación, dotación de medicamentos, ropa, limpieza, mantenimiento; el área médica que mantiene control permanente de los ancianos albergados con apoyo profesional de enfermería, rehabilitación física, odontología, nutrición y un área de cuidados especiales para etapa terminal con cuidados paliativos y tanatológicos, el área de psicogerontología con actividades como gericultura, psicología y terapia ocupacional; trabajo social [encargado de] generar nexos con las redes sociales de los beneficiarios y con las instituciones vinculadas con los ancianos, así como organizar las actividades sociorecreativas y culturales.

El centro gerontológico Arturo Mundet tiene en funcionamiento casi ocho décadas. Está ubicado en el sur de la Ciudad de México, en la avenida Revolución número 144. Oficialmente, se reciben ancianos a partir de los 60 años, de ambos sexos, que se valgan por sí mismos y que no tengan familiares ni recursos suficientes. Desde sus inicios, la población ha oscilado entre cien y ciento cincuenta residentes, con una predominancia femenina. Aunque institucionalmente es una de las cuatro casas de estancia prolongada que maneja el DIF nacional, hay una interrelación entre instituciones públicas y privadas que convergen en la práctica en el espacio: el Inapam, el IMSS, Cáritas, entre otros.

A pesar de que se trata de una institución casi emblemática, no existen investigaciones que den cuenta del transcurrir de la cotidianidad. Por lo menos en la UNAM, las disciplinas que más han puesto la mirada en este espacio son las ciencias médicas: enfermería, rehabilitación y psiquiatría. Esto debido a que es un lugar que, por su naturaleza, se presta a que los estudiantes realicen prácticas y estancias. Una investigación reciente arrojó como resultado que la calidad de vida de los adultos mayores residentes del asilo Mundet es buena, aunque las mujeres tienden a sufrir mayor afectación en la esfera emocional (Jiménez, 2013). Otro autor encontró que “depresión y deterioro cognoscitivo son altamente prevalentes en la población de ancianos institucionalizados [también con prevalencia femenina]” (Pérez, 2016).

A la presente investigación interesan, especialmente, los análisis sobre la vejez que han sido realizados bajo el marco metodológico de la teoría de las RS, así como las investigaciones que se desarrollaron en el mismo contexto o en escenarios similares y que se convierten en fuentes del proyecto.

1.6. Investigaciones previas: las representaciones sociales de la vejez

Las investigaciones sobre las RS de la vejez se dividen en dos rubros: aquellas que buscan averiguar la RS de la vejez que tiene un determinado sector poblacional y las que indagan en las RS que poseen los ancianos sobre ellos mismos y sobre su vejez. Como tercer rubro tendríamos aquellas investigaciones que se interesan por ambos aspectos.

Los antecedentes más inmediatos en cuanto a análisis sobre la vejez desde la perspectiva de las RS⁶¹ los podemos encontrar en la investigación de González y Pantoja (1992), la cual fungió como base para estudios posteriores, que se refieren a ella y la citan. González y Pantoja se propusieron encontrar la RS que se construye alrededor de la vejez, a la que homologaron con el concepto de *sentido*. Un punto relevante de esta investigación es que el interés por entender la RS social se fundó en la práctica: parte de la certeza de que “de ella dependerá el trato que reciban [los ancianos]” (González y Pantoja, 1992, p. 115). En otras palabras, González y Pantoja se ocupan de la RS encaminadas hacia la acción, en su forma más directa. Indagaron en la RS de la vejez que poseen sujetos de diversas adscripciones sociales. Los resultados de este proyecto arrojaron que “la población mostró

⁶¹ El abordaje de investigaciones de corte antropológico que busquen abordar la cotidianidad de los hospitales, podría llegar a incidir en la práctica. “Se ha señalado el papel y la potencialidad que este tipo de estudios tiene en la construcción de servicios de salud más eficientes, efectivos y humanos, al dar cuenta de los procesos interaccionales y organizacionales en que los tratamientos y cuidados son llevados a cabo en estas instituciones (Murphy y Dingwall, 2007).

tener una gran cantidad de significados negativos sobre [la vejez], una persona senil es rechazada y considerada como una carga” (González y Pantoja, 1992, p. 121). Si bien, también encontraron elementos positivos, como que “los viejos conocen las costumbres de nuestros ancestros y, por ello, la cultura y las tradiciones [además de que] son personas que dan consejos” (González y Pantoja, 1992, p. 122), en la práctica son tratados con indiferencia o ignorados. Otro dato que arrojó esta investigación es que los ancianos son tratados como “diferentes a las demás personas”. Es decir que la vejez representaría una barrera que separa a los individuos adscritos a ella, por lo menos en forma simbólica, aun cuando se trate de ancianos que no viven apartados físicamente, reclusos en un asilo.

Un segundo ejemplo lo encontramos en la investigación de Maya (1994), quien realizó un análisis de contenido donde identificó distintas categorías: inactividad, positiva, social, psicológica, física y natural. Obtuvo la RS de la vejez entre grupos encuestados, los cuales estuvieron conformados por ancianos⁶² y por profesionistas relacionados con la gerontología. Sus resultados arrojaron que predomina la idea de cambios físicos. Esta sería la idea alrededor de la cual giran las otras características (Maya, 1994, p. 69)⁶³.

Una investigación llevada a cabo años después, reveló que la RS de la vejez está construida a partir de dos nociones radicalmente distintas. Por un lado: “la consideración de la persona mayor como sabio, cargado de experiencias, de alto estatus social, merecedor de gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás” (Ávila, 2006, p. 99), y por el otro lado: “una visión de la vejez como un estado deficitario [con] pérdidas significativas e irreversibles, se pierde la autonomía, la capacidad de hacerse cargo de uno

⁶² Ninguno de los cuales, por cierto, era residente de un asilo (:77).

⁶³ Un hallazgo interesante fue que los profesionales de la gerontología, gente joven en su mayoría, al momento de ser cuestionados sobre su propia representación de la vejez, evitaron mencionar los atributos negativos.

mismo, se pierden facultades mentales y físicas, los amigos y las posibilidades de diversión” (*Ibídem*).

El anciano en la sociedad urbana-industrial mexicana es considerado como alguien inactivo, “una carga”, debido a que en el mundo capitalista, el valor de la persona está dado por su aportación en fuerza de trabajo y por su capacidad adquisitiva⁶⁴. Los ancianos son individuos retirados o jubilados, en los casos más afortunados, que ya terminaron su edad productiva y ya aportaron durante décadas a la sociedad a la que ahora le tocará retribuirlos en forma de cuidado y manutención⁶⁵.

En 2002, Fernández y Reyes hablaron de la RS de la vejez como un modelo formativo. Con su investigación sobre la vejez en ancianos venezolanos, concluyeron que la RS del viejo “ya no solo define lo que es la vejez, sino que también establece qué y cómo debe ser, qué es ser viejo y cómo se debe serlo” (Fernández y Reyes, 2002, p. 3). Estas investigadoras encontraron que la RS de la vejez entre los mismos viejos es confusa, ambigua y poco estructurada, ya que se plantean diferencias entre las nociones de ancianidad y vejez, el pensar y el sentir (Fernández y Reyes, 2002, p. 5).

Fernández y Reyes (2002) señalaron que la RS de la vejez no es muy halagadora, ya que parte de una percepción negativa. “Procuramos rehuir lo viejo o, si ya no es posible, al

⁶⁴ Para Sennett (2005), dar importancia a la juventud es una consecuencia de la compresión de la vida laboral: “En el siglo XIX, preferir a la juventud solo era cuestión de mano de obra barata [...] Sin embargo, son otros los atributos de la juventud que hoy parecen hacerla atractiva en niveles más altos del mundo laboral, y estos atributos pertenecen más al ámbito de los prejuicios sociales [...] Para los trabajadores mayores, los prejuicios en contra de la edad envían un mensaje potente: a medida que se acumula la experiencia de una persona, pierde valor [...] El paso del tiempo parece vaciarnos. Nuestra experiencia parece la cita vergonzosa de un trasto pasado de moda. Estas convicciones, más que animarnos a apostar, ponen en peligro la percepción de nuestra propia valoración a través del paso inexorable de los años” (p. 95-100).

⁶⁵ Vargas ha destacado la necesidad de realizar proyectos de investigación que permitan identificar cómo actúan los adultos mayores y que consideren la vejez desde la búsqueda del hecho real, que muchas veces difiere de la literatura existente (Vargas, 2007, p. 19).

menos disimularlo”. Sobre este punto, Rodríguez añade: “las ideas e imágenes de la vejez que la ciencia aporta [son] a su vez producto de una negociación, pues también la ciencia puede en cierto modo interpretarse como una construcción social, en la que a su vez siempre están presentes elementos de la experiencia social e individual teñidos de ciertos matices precientíficos, espontáneos, de experiencia cotidiana” (Rodríguez, 1994).

Molano analizó la autopercepción de los ancianos y encontró que se identifican con “la edad que sienten tener”. Establecen una relación entre ellos mismos y otra persona que les sirve de modelo. Esta edad prototípica, la edad “que sienten tener” es a su vez indicativa de cómo deben sentirse y cómo deben comportarse. En palabras de Mezey y otros (1984): “en cuanto una persona se convence a sí misma de que es una anciana, empezará a comportarse y sentirse como tal” (citado en Molano, 1994, p. 50). Otro resultado de la investigación de Mezey y otros revela que la autoevaluación física del anciano “constituye una buena medida de su salud mental. Muchas personas mayores sufren enfermedades reales, pero piensan que se trata de pequeños malestares y dolores. Otros poseen una salud bastante buena, pero exageran los problemas menores que tienen. Cuanto más enfermo piense uno que está, más solitario y enajenado se encontrará”.

Guajardo y Hunneus mencionan que, en el contexto chileno, “el modelo cultural define la vejez como mero deterioro y les atribuye a los adultos mayores características negativas tales como la incapacidad, inutilidad u obsolescencia (Guajardo y Hunneus, 2003)⁶⁶. Munizaga añade que “la cultura popular construye una imagen devaluada y estigmatizada del envejecimiento, la que es reproducida y amplificadas por los medios de comunicación social en sus diversos géneros mediales, sin contar con suficiente producción de estudios

⁶⁶ Al respecto cabe mencionar el estereotipo de que el anciano es muy reacio al cambio, mencionado por Moreno (1994).

gerontológico-sociales que desafíen esa imagen, creencias e identidades sociales” (Munizaga, 1998:12). En el estudio cualitativo de Guajardo y Hunneus uno de los resultados más relevantes consistió en la narrativa de la desolación, desde la cual “la vejez se interpreta como una situación que limita y margina al sujeto, ubicándolo en un mundo hostil, doloroso y violento; en el que las antiguas posibilidades físicas, sociales y laborales ya no existen” (Guajardo y Hunneus, 2003, p. 101).

Estas nociones no se alejan del contexto mexicano y capitalino. Arellano y Santoyo, en el foro “El adulto mayor en el Distrito Federal: por una sociedad integral en el siglo XXI”, sostuvieron que:

la falta de una cultura de la vejez en nuestra sociedad que ignora el inevitable paso de este estado biológico, psicológico y social del ser humano, signado por la edad. Y no es que el anciano de la ciudad de México ignore que la vejez existe, sino que la rechaza y, cuando inevitablemente se encuentra de frente con ella, no sabe bien cómo enfrentarla ni cómo adaptarse a ser viejo [...] Los ancianos rehúyen la soledad aunque esta se perciba solo en potencia (Arellano y Santoyo, 1999, p. 73).

Ronzón encontró que una familia intergeneracional del sur de la Ciudad de México construye su discurso de sí misma y de los demás en relación con la vejez. La investigación reveló que cada protagonista se adscribe a un grupo etario desvinculado de la vejez. Incluso algunos de los entrevistados de mayor edad, para hablar de los ancianos como grupo social emplean la tercera persona o el lenguaje impersonal para evitar la adscripción al grupo. También llama la atención la apropiación de los prejuicios y estereotipos sobre los ancianos en el discurso individual, subjetivo. Los entrevistados se refieren a ellos como gente con poca energía, que se siente mal: “Podemos observar que el cuerpo comunica, pues las características físicas de las personas son elementos no verbales que forman parte de la comunicación humana” (Calsamiglia y Tusón, referidos en Ronzón, 2004), que en este caso

se expresan en la oralidad para definir a una persona. Las arrugas, el encanecimiento, el encorvamiento o la caída del cabello son algunas de las alteraciones evidentes.

Podemos afirmar que analizar las creencias sobre vejez y salud, por ejemplo, desde la enfermería, tiene la capacidad de incidir directamente en la calidad de vida de los ancianos. Identificar las dimensiones sociales de las creencias sobre la vejez, llevaría a mejorar los servicios de atención y salud. En palabras de Vargas: “proponer un modelo atención ad-hoc a las creencias que tienen los adultos mayores sobre la vejez y la salud” (Vargas, 2007). La investigación señala que la vejez se construye socialmente. A partir de una visión negativa se considera a la vejez bajo tres categorías: biológica, psicológica y social. La biológica destaca los padecimientos y achaques, la disminución de fuerza y los cambios a la imagen corporal: una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico. Uno de los resultados de la investigación de Vargas arrojó que para los informantes, “la salud era estar físicamente bien, con dinamismo y sin problemas para caminar” (p. 12). En la categoría psicológica los ancianos son concebidos como egoístas, rezongones y deprimidos. En la categoría social, la vejez se considera un sinónimo de inutilidad, ociosidad, haraganería. Se habla de que las personas en esta etapa “deberían jubilarse para dar lugar a la nueva generación” (Vargas, 2007, p. 8). En el extremo contrario, una visión positiva indica que durante la vejez se tiene más tiempo libre para pasarlo con los hijos o amigos, y se destaca la necesidad de “continuar ocupando un status importante dentro de la sociedad” (*Ibidem*). Es necesario prestar atención a este postulado, ya que parece estar implicando que la actividad remunerada o socialmente relevante es uno de los factores que determinan la utilidad o inutilidad del anciano.

Igualmente, desde el ámbito de los servicios de primera ayuda, Dabed analizó la RS de la vejez que comparten los paramédicos de Valparaíso. Entre sus resultados destaca, en primer lugar, la confirmación de la existencia de dichas RS: “un conjunto de conocimientos socialmente elaborados y compartidos [...] que se caracteriza por la prevalencia del modelo biomédico y de involución [...], la vejez como declive, como una flor que se marchita y muere” (Dabed, 2004, p. 54). Y algo bastante grave: que las entrevistadas, paramédicas chilenas con veinte años de servicio público, “reflejaban una connotación negativa de la vejez... [y que además] reproducen inconscientemente lo que ellas mismas critican de la sociedad: discriminación, la falta de respeto, etc.” (Dabed, 2004, p. 54).

Diversas investigaciones se han abocado al estudio de las RS de la vejez mediante la recopilación de datos: cuáles son y cómo fueron construidas las RS, cómo se diferencian por subgrupos sociales de edad, género y actividad. Tenemos, por ejemplo, la investigación de Gastron et al (2001), que recopiló distintas concepciones de vejez, las cuales varían de un nicho a otro. Sin embargo, la investigación no revela cómo inciden las RS en la práctica cotidiana, en el trato intergeneracional, en la recurrencia de cuadros depresivos en los ancianos.

1.7. Investigaciones previas: la vejez asilada

Como vemos, hay investigaciones que se han enfocado, directa o tangencialmente, a analizar contextos similares al que nos compete: instituciones sociales que albergan ancianos. Socialmente, se puede hablar de que en la población existe un rechazo muy claro hacia el asilo, hay una imagen muy negativa a estas instituciones, sobre todo en los adultos mayores.

Molano menciona que la mayor parte de las personas mayores no desean vivir en instituciones y la mayor parte de las familias no quieren ubicar a sus padres en ella (Molano, 1994).

Sabemos que los ancianos asilados han sido tema de estudio de diferentes disciplinas. De entre ellas, la más fértil ha sido la psicología⁶⁷. La investigación de Chairez, a propósito del sentido de vida en adultos mayores institucionalizados y con discapacidad, encontró que “la imagen de la asistencia a los ancianos es aún bastante negativa en mucha gente, la idea conserva para la población en general y para los viejos en particular, algo de su sello original: asilo para ancianos sin medios de subsistencia, tal como estuvo representado en sus orígenes” (Chairez, 2009, p. 35). Por esa misma época, Montaña y Garrido encontraron que “se puede hablar de que en la población, sin generalizar, existe un rechazo muy claro hacia el asilo, hay una imagen muy negativa a estas instituciones, sobre todo en los adultos mayores. Muchas de las personas mayores prefieren quedarse en su hogar, a pesar de las condiciones no muy adecuadas en que se encuentren estos y aun cuando sus hijos no se hagan cargo de ellos (Montaña y Garrido, 2008, p. 67). En un sentido totalmente contrario, Baltazar y Rodríguez habían encontrado que “algunos ancianos, aun cuando no requieren de muchos cuidados y cuentan con el apoyo de la familia, deciden ingresar a una residencia con la idea de en un futuro no causar molestias o no ser una carga para su familia (Baltazar y Rodríguez, 1999, p. 42). Esta misma investigación arrojó que:

en promedio los ancianos perciben su calidad de vida dentro del rango de regular en cuanto a la calificación total [...] lo cual se correlacionó con la pregunta directa sobre su percepción de calidad de vida. [Otro resultado fue que] con relación a la calidad de vida se encuentra que la menor puntuación se obtuvo en los ancianos con estancia mayor [y que] la calidad de vida tuvo una relación significativa inversa entre el número de diagnósticos, el número de fármacos utilizados y la puntuación de calidad de vida en el

⁶⁷ Desde la antropología, tenemos pocos estudios que den cuenta de estos espacios. Uno de los más relevantes es el de Henry (1970), mencionado anteriormente.

área biológica y en la puntuación total [...] En conclusión puede decirse que la calidad de vida disminuye con la edad y se ve afectada por el tiempo de residencia (Baltazar y Rodríguez, 1999).

Tiempo atrás, Jiménez Reyes (1990) se había ocupado del análisis del autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia. Encontró que los ancianos reportaron un autoconcepto de bajo nivel, sentimientos de inadecuación, de poca confianza en sí mismos y poca valía. La investigadora encontró que este autoconcepto bajo:

repercute en su conducta, la situación de estar institucionalizado refuerza dichos sentimientos inadecuados ya que hay una privación de libertad, de contacto familiar, social y laboral y algo muy importante, el contacto afectivo. [...] Estos ancianos institucionalizados son muy rígidos con ellos mismos y como alternativa ante esto se refugian en las posibilidades que les ofrece la religión. [...] El grupo de los ancianos albergados tuvo un porcentaje bajo en el yo físico, el cual indica que estos ancianos tienden a considerar como inadecuado su estado de salud física, considerándose como personas torpes; [se perciben como] personas inadecuadas, a disgusto con su aspecto físico y en relación con los demás (Jiménez Reyes, 1990, p. 25 y 98).

Autores como Papalia, Aguirre y Kastenbaum (referidos por Moreno, 1994) afirman que es necesario “cambiar la mentalidad de nuestra sociedad respecto al anciano, dejando de pensar en él como un ser inútil y, por tanto, marginado, puesto que el anciano tiene el derecho de permanecer integrado a la sociedad ya que puede hacer valiosas aportaciones a la misma desde su experiencia, serenidad de juicio, conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de su vida y su profesión. Esta mentalización debe incluir a los jóvenes para que puedan comprender a las personas ancianas y de esa manera puedan entenderse mejor con ellas en la familia, el trabajo y la comunidad. Así como también debe incluir a la propia familia del anciano, a sus amistades, debido a que las relaciones interpersonales juegan un papel muy importante en la salud mental del anciano, sobre todo en los casos de depresión y ansiedad, los cuales además de ser los más comunes en los ancianos institucionalizados, se

intensifican en el momento en que el anciano entra por primera vez a un asilo” (Moreno, 1994, p. 166).

Mi interés se centra en explicar cómo una RS determinada incide en las prácticas culturales de un grupo específico: los ancianos que residen en el asilo Mundet. Por medio de una estancia prolongada, pude entrevistar a más de una decena de ancianos internados. También pude presenciar la cotidianidad, las RS materializadas en la práctica. El resultado fueron largas páginas de entrevistas, historias de vida y notas de campo, que, una vez sistematizadas y organizadas conforme a los objetivos de la investigación, presento en el siguiente capítulo. Las entrevistas aparecen sin editar⁶⁸ en lo que corresponde a las respuestas sobre el envejecimiento individual y la vejez en general, así como en las conversaciones que explican o abundan en determinadas prácticas culturales. Consideré necesario dejar que los entrevistados elaboraran sus respuestas, manifestadas mediante una entrevista semi-dirigida⁶⁹, y ofrecer la transcripción dichas respuestas al lector, sin intermediarios, para armar una lectura completa que permita acercarse al habla, al pensamiento y a las concepciones de cada anciano, y de esta manera delinear las RS que subyacen.

⁶⁸ “Los datos fielmente transcritos son necesarios por varias razones. Primero, porque las intuiciones (datos introspectivos) son muy poco fiables en este campo. Segundo, porque la mayor parte de las personas no están familiarizadas con dicho material. Tercero porque, teniendo en cuenta los dos puntos anteriores, la transcripción fiel de una conversación nos permitirá observar formas de ordenar la conversación que nunca podríamos imaginar si nos limitáramos a pensar en ello, como haría un gramático” (Stubbs, 1987, p. 35).

⁶⁹ Guion de entrevista disponible en el apartado de anexos.

II. ETNOGRAFÍA DE UNA INSTITUCIÓN TOTAL: EL ASILO ARTURO MUNDET

2.1. El acercamiento

Para ingresar al asilo Mundet es necesario contar con un permiso especial, otorgado previamente, y registrarse siguiendo el protocolo establecido por la institución. Las puertas del recinto se abren y se cierran manualmente. Cada vez que un visitante, ya sea en coche o a pie, solicita el ingreso, el policía de la entrada acude a cumplir con su tarea de interrogar a través de una rendija: “¿A quién buscas? ¿Tienes cita?”

Comencé a visitar el asilo Mundet al momento de redactar mi anteproyecto de investigación. Me presenté como lo que era: una estudiante con intenciones de iniciar una maestría; expliqué mis circunstancias con honestidad y las autoridades del asilo no tuvieron problema en permitirme el acceso. Me familiaricé con el lugar y con algunos de sus habitantes, sin entrar todavía en materia propiamente, sin entrevistar. Fue hasta después de ingresar al posgrado, que me presenté de nuevo ante las mismas autoridades, esta vez con una carta membretada de la Universidad donde se solicitaba mi permanencia prolongada en el asilo.

Acudí durante casi un año en el horario que ellos me asignaron. El rol que el grupo me otorgó fue el de “estudiante que acude diariamente a conversar con los ancianos”. Mi rol se ubicó en un lugar cercano al de las personas voluntarias que visitan el asilo: principalmente estudiantes de bachillerato lasallista, asociaciones religiosas y de buena voluntad.

La comunidad le otorga un rol al antropólogo, es inevitable. Es deber del antropólogo evitar verse envuelto en una familiaridad tal que lo haga perder el control de la

investigación. En mi caso, las reglas que me autoimpuse para mantener un rigor científico y ético fueron: intentar en la medida de lo posible no abonar a los conflictos que de por sí son frecuentes entre los ancianos y no favorecer a ninguno de ellos en sus solicitudes de dinero y encargos. Como un extra, decidí no intervenir en polémicas ni participar en los talleres de forma activa, únicamente como observadora. Intenté que mis entrevistas mantuvieran un equilibrio en cuanto a tiempo y profundidad, incluso en el caso de los ancianos afectados por algún tipo de demencia senil o confusión.

Con el tiempo logré que el interrogatorio del policía en la entrada se respondiera de manera automática. Cuando comenzó a abrir la puerta sin prestarme atención, supe que había pasado a formar parte de la cotidianidad. Únicamente tuve que llenar el registro de ingresos y salidas con mis datos y dejar mi identificación en la recepción cada vez.

Una vez en campo, lo primero es la delimitación espacial del territorio, lo siguiente puede ser la descripción de algún acto público o privado, los procesos cotidianos y simbólicos, el devenir de la estructura que nos acercará al hecho real. De tal modo que comenzamos el abordaje de la realidad cultural por medio de la delimitación del espacio.

2.2. El espacio

Muy pocas cosas han cambiado desde la fundación del asilo. Aquí residen entre cien y ciento cincuenta personas, la población es muy variable; así ha sido desde los inicios de la institución

El edificio se ha deteriorado mínimamente, a diferencia del mobiliario de los dormitorios, que ha visto mejores épocas. Por el contrario, los consultorios médicos se han

equipado y modernizado, hoy se cuenta con una amplia área de rehabilitación. En la primera década del siglo XX se habilitaron oficinas. Estas se ubicaron en la azotea del edificio principal, debido a la falta de espacio.

Es sabido que el filántropo catalán Arturo Mundet donó a principios de siglo XX una gran cantidad de capital y bienes inmuebles a diversos proyectos de beneficencia social y que entre ellos figuraba el asilo Mundet. Lo que es menos conocido es que el edificio se construyó desde cero, en un terreno donado por el magnate refresquero. La mediateca del Instituto Nacional de Antropología e Historia cuenta con un acervo abundante de fotografías tomadas durante la planeación y desarrollo del proyecto. En ellas podemos ver a Arturo Mundet, acompañado del doctor Gustavo Baz, supervisando los planos, las obras y hasta las maquetas de lo que sería el asilo. También hay fotografías que nos muestran las instalaciones recién inauguradas: las sábanas blancas, impolutas, recién planchadas y almidonadas, el mosaico reluciente y aséptico, los vidrios de las ventanas prácticamente invisibles. Una institución planeada con meticulosidad y llevada a cabo en las mejores condiciones.

Lo anterior viene a la memoria al caminar por los pasillos del asilo. Esta fue una institución creada ex profeso para atender a población vulnerable. De hecho, fue la primera institución erigida por parte del Estado para cuidar a sus ciudadanos de manera oficial, institucionalizada, y si bien se trató de una colaboración entre el gobierno y la sociedad civil, era el primer paso hacia un estado protector que cuidaría y se haría responsable de sus

ancianos⁷⁰. A la fecha, el asilo Mundet sigue siendo un modelo de atención gerontológica de alta calidad.

El asilo Mundet se encuentra en un barrio de clase alta, donde abundan residencias lujosas de gran extensión. Ocupa una superficie de entre siete mil y ocho mil metros cuadrados. Un tercio del terreno es área verde, recreativa, repartida entre jardín y patio. El terreno construido está dividido en dos partes. En un lado se encuentra una clínica equipada apropiadamente para atender emergencias que se susciten en el asilo, las cuales, por cierto, no son infrecuentes. En este lugar también hay pacientes en cuidado intensivo y algunos en terapia prolongada. Se trata de los ancianos “inmóviles”, es decir, aquellos que ya no pueden levantarse de la cama ni desempeñar las tareas que los demás residentes del asilo realizan cada día. Esta clínica está ubicada del lado de la avenida Revolución.

La segunda parte de construcción corresponde al edificio principal del asilo. Es donde los ancianos móviles desempeñan la mayoría de sus actividades. Aquí se encuentran las oficinas administrativas y contables. También, los salones y cuartos que se han adaptado ex profeso para los talleres comunitarios, con varias decenas de sillas y mesas, así como los materiales necesarios para realizar las actividades. El vestíbulo del edificio es empleado en ocasiones para eventos sociales o celebración de eventos: algún espectáculo, presentación artística o convivencia por día feriado. En este espacio, llamado coloquialmente “hall”, se encuentra un compendio de fotografías pegadas en una pared, correspondientes a los ancianos que han fallecido recientemente.

⁷⁰ Cualquiera que camine por los pasillos de una residencia privada para la tercera edad, se dará cuenta de que estos lugares no son otra cosa que espacios adaptados, improvisados en su mayoría, que buscan obtener el mayor rendimiento económico con la menor inversión posible. Colocan rampas en las escaleras y barandales en los baños y en menos de un mes pueden comenzar a operar un hogar de ancianos.

Los consultorios con médicos de día también están en este lugar, en la parte baja, mientras que los cubículos del personal directivo del asilo, incluido el de la directora general, son aquellos que fueron habilitados en la azotea del inmueble. Se accede subiendo una escalera estrecha ubicada en el pasillo principal del área de mujeres.

Finalmente, se encuentran los dormitorios, las habitaciones que nos recuerdan que esta institución constituye un hogar para cientos de personas. Camas, burós, tocadores, clósets repletos de enseres personales, de las escasas pertenencias de sus habitantes, a las que ellos se aferran como si estos fueran los últimos objetos que poseerán. O porque, de hecho, lo son.

Los dormitorios están divididos por sexos. La población masculina es notablemente menor que la femenina, en proporción de dos a tres. Los hombres residen en el ala norte, mientras que las mujeres en el ala sur. Los hombres tienen habilitada una rampa para acceder a sus dormitorios, ya que estos se encuentran en una sección alta del edificio. Las mujeres, por su parte, ocupan las áreas principales, lo que podríamos llamar el cuerpo del edificio mayor. Cada área de dormitorios cuenta con sus respectivos baños y con una pequeña sala donde ver televisión. Los ocho baños están equipados siguiendo la normatividad hospitalaria: con gomas antiderrapantes, barandales y demás facilidades para discapacitados.

Cada dormitorio tiene entre ocho y doce camas, repartidas equitativamente a ambos lados del espacio, con un pasillo en medio. Las camas están rodeadas por una persiana de plástico que permite la privacidad. Esta estructura recuerda a la de los hospitales públicos, sobre todo porque el mobiliario también es metálico y las camas tienen un tamaño menor al

de una cama individual. Las decisiones en cuanto a acomodo y decoración han sido tomadas pensando en la practicidad: limpieza, eficiencia, reducción de conflictos.

Al entrar a los dormitorios, llama la atención su colorido. Una mirada más a detalle nos permite entender que cada residente ha ido acomodando su espacio personal a su gusto, dentro de sus limitadas posibilidades. Emerge continuamente la reapropiación de la individualidad e identidad. Los ancianos del asilo, si bien viven encerrados al interior de la institución, no son *prisioneros* en un sentido legal ni clínico, no están recibiendo ningún castigo o pena. De hecho, puede afirmarse que si residen en el asilo es por su propia voluntad o porque así fue determinado por sus personas responsables, quienes responden y velan por ellos (familiares, en la mayoría de los casos). De tal modo que los residentes hacen uso de esa sutil elasticidad del sistema y se adueñan del espacio circundante. Pegan estampas religiosas en la cabecera de su cama: cristos, vírgenes, santos. Colocan retratos de sus seres queridos, regalos que han recibido, adornos variados. Algunos tienen sus propias cobijas, tapetes y otros enseres domésticos. En su buró guardan restos de comida, dulces y todo tipo de objetos de importancia, como revistas, fotografías, cartas y textos religiosos.

Resulta evidente la intención de estructurar el espacio de la manera más democrática posible: las camas están alineadas con exactitud milimétrica, los muebles fueron comprados durante la misma época y dentro de un estilo único, y hasta la ropa de cama es la misma para todos los que no cuentan con la propia. Sin embargo, a pesar de esos esfuerzos es posible descubrir que hay lugares ligeramente mejores que otros. Los dormitorios que tienen vista al jardín son de alguna manera más privilegiados que aquellos que tienen por paisaje el reducido solar del patio donde algunos ancianos acostumbran sentarse a tomar el sol, rodeados por las palomas que anidan en las vigas del techo. Dado que el solar y el dormitorio

se encuentran a la misma altura, cualquier anciano que camine por el solar puede, sin ningún empacho, voltear la mirada al dormitorio, mermando la intimidad de quien duerme en el interior.

Del otro lado del pasillo donde se encuentran los dormitorios comunitarios de mujeres, hay unas cuantas recámaras individuales destinadas a los ancianos matrimoniados. Se trata de habitaciones donde las parejas pueden tener más privacidad. Si bien son espacios muy reducidos, la ventaja de contar con un espacio aislado del resto de la institución es una gran ventaja. Se sabe que algunas parejas conformaban un matrimonio desde antes de mudarse al asilo, pero también hay otros casos en los que los residentes comenzaron una relación una vez viviendo allí.

Al fondo del pasillo de los dormitorios de mujeres hay una capilla. La gran mayoría de los residentes del asilo son católicos, en concordancia con las estadísticas nacionales que hablan de más de un 80% de practicantes de esta fe⁷¹. La capilla está completamente equipada: cuenta con un altar, cálices, velas, efigies religiosas y la imagen en gran tamaño de un Cristo crucificado. Hay espacio para por lo menos ochenta personas que asisten a las celebraciones litúrgicas. En este espacio, un sacerdote oficia misa cada domingo y en algunas ocasiones especiales. Asimismo, un grupo de señoras religiosas acude voluntariamente a leer el evangelio cada miércoles. Los ritos funerarios de los residentes que mueren también se llevan a cabo en este sitio, concurridos y solemnes.

En la parte trasera de este edificio, en las lindes del terreno, colindantes con la calle José María de Teresa, se encuentran unos lavaderos comunitarios de piedra, con tendederos techados, para uso de los ancianos. Si bien la institución provee un servicio de lavandería

⁷¹ La encuesta del INEGI en 2010 reveló un porcentaje de 89% de personas, de 5 años y más, que profesan la religión católica.

gratuita, algunos residentes prefieren hacerse cargo de sus propias prendas, en especial de la ropa íntima. Este pequeño lugar recuerda a los lavaderos de los pueblos, donde la gente acostumbra hacer comunidad: las señoras aprovechan el espacio extra-doméstico para ponerse al día y conversar. En el asilo las condiciones son propicias, pero no sucede así. Cada quien lava por su lado y en cuanto termina carga con sus cubetas y vuelve a su habitación. Es notorio que solo las mujeres acceden a este espacio, a pesar de que los hombres también podrían hacer uso de él.

Las áreas verdes y jardines son espacios envidiables con árboles frondosos y longevos: jacarandas, fresnos, truenos y hasta palmeras. Hay corredores de adoquín que asemejan a los de los parques públicos, incluso con la convivencia de fauna urbana, como palomas, ardillas y gatos. Algunos de los ancianos alimentan a los animales y establecen relación con ellos. Acostumbran aventarles pan viejo y pedazos de tortillas a las aves, así como croquetas a los gatos. Hay quienes incluso sacrifican parte de su pensión de la tarjeta de Adultos Mayores para comprarles alimento. En los jardines también es posible encontrar bancas de cemento, donde cualquier residente puede sentarse a pasar el tiempo. Hay pequeñas mesas con tableros de ajedrez grabados en la piedra. En algunas ocasiones pude ver que algunos ancianos hacían uso de estos espacios, del mismo modo que lo harían en sus barrios.

En términos generales, las instalaciones son adecuadas. No se encuentran deterioradas en exceso ni representan un peligro de ningún tipo. Por el contrario, el asilo Mundet es un lugar tranquilo, el edificio donde está ubicado fue planeado correctamente y es por ello que subsiste siete décadas después. Sin embargo, una institución no está determinada tan solo por su estructura material, lo que entra en juego para valorarla es la

construcción de la cotidianidad, la rutina que se establece al interior y cómo es percibida por los sujetos.

2.3. La rutina

Los días al interior del asilo Mundet transcurren a un ritmo extraño. A ratos parecen muy lentos, en especial cuando no hay ninguna actividad programada y todo se reduce a un prolongado “perder el tiempo”. Por el contrario, los días de fiesta, de misa o convivencia, transcurren muy aprisa. No todos los residentes participan en las mismas actividades, cada uno tiene intereses y ocupaciones determinadas. Mientras que algunos acuden entusiasmados a los talleres y pláticas, prestan atención a las exposiciones de los especialistas, aprovechan los convivios y eventos sociales para consolidar relaciones y estrechar amistades, otros tantos parecen dominados por la apatía y el hartazgo. No participan en actividades, se dedican a lamentarse y a quejarse de su situación.

Entre tal cantidad de caracteres y visiones incompatibles, lo único que agrupa a los habitantes y oficializa su rutina es el horario institucional. Como cualquier dependencia de gobierno, el horario de labores del asilo es de nueve a seis. Médicos, psicólogos y demás personal de atención trabajan en este horario, sin contar la hora de la comida. El flujo de personas recuerda al de una escuela o al de una oficina. Con la diferencia de que una vez que las labores concluyen, la institución conserva intacto el número de sus residentes, más de cien personas bajo el mismo techo, ordenadas, comandadas por una autoridad que no siempre está presente al momento de hacer cumplir sus órdenes.

Una característica de la institución total es que la gran mayoría de las actividades que realizan los habitantes está programada por las autoridades, organizada desde la burocracia administrativa que observa poblaciones completas en lugar de individuos; generalidades, y no subjetividades. La institución barre parejo: todos tienen el mismo horario y es responsabilidad de cada residente acatar las normas. El desayuno se sirve a las ocho de la mañana, el almuerzo a la una treinta y la cena a las seis. A las ocho de la noche se apagan las luces, y el asilo entero está obligado a dormir.

El lenguaje institucional reconoce como ancianos ambulantes o móviles a aquellos que todavía cuentan con relativa autonomía: caminan solos, se visten solos, están lúcidos y con fuerza física. Esta población se baña, se asea y se arregla de forma autónoma y en el horario que ella misma dispone. En cambio, los ancianos que requieren ayuda para desplazarse y efectuar las tareas cotidianas, se bañan con ayuda y supervisión de enfermeros, cada tercer día al terminar de desayunar.

Las revisiones médicas también están programadas por las autoridades responsables: médicos, psicólogos, dentistas y rehabilitadores. No dependen de la voluntad del anciano. Lo que es más: se puede decir que el objetivo de la institución de cuidado asilar es mantener con vida y en las mejores condiciones físicas posibles a los residentes, y que este objetivo debe cumplirse aun sin la aprobación del referido.

Los ancianos no están medicados, salvo en los casos en los que se estén recuperando de alguna enfermedad. En tal caso los medicamentos son provistos por la institución a través del DIF. Sin embargo, los ancianos sanos no ingieren, en la normalidad del día a día, medicamentos paliativos, preventivos ni suplementos alimenticios de ningún tipo.

La escisión básica entre ambos grupos: ancianos y personal, no es tan drástica como podría serlo en una prisión o en un hospital psiquiátrico. Los empleados del asilo interactúan con los residentes en una cotidianidad cómoda, se los puede ver conversando sin ningún problema, aunque únicamente en el horario de trabajo del centro gerontológico, que es de lunes a viernes de nueve a seis. Los fines de semana, el asilo parece por completo otro lugar. El silencio recuerda al que menciona Henry en su texto sobre ancianos internados⁷²: un silencio que ralentiza el tiempo.

Por el contrario, de lunes a viernes el lugar no se detiene un segundo. Prácticamente todos los días hay actividades planeadas desde arriba e implementadas de manera abierta, para todos. El asilo tiene una buena reputación en el medio gerontológico y en términos generales a nivel social, gracias a sus siete décadas de trabajo ininterrumpido y a que conjunta la responsabilidad del Estado benefactor con la generosidad de la iniciativa privada. Si bien los asilos como concepto están estigmatizados culturalmente, el caso del asilo Mundet es ligeramente distinto: es respetado y apreciado dentro de su sociedad. Es por ello que una gran cantidad de asociaciones, organizaciones y escuelas se interesan en ayudar y colaborar en la medida de sus posibilidades. Casi cada semana se programa alguna actividad desde el exterior del asilo, en beneficio de sus habitantes. Estas actividades son tan variadas que cualquier enumeración se quedaría corta, pero podemos mencionar algunas: estudiantes de bachillerato lasallista que acuden a pasar tiempo con los ancianos, espectáculos musicales y de baile, payasos, funciones de cine, grupos de oración, cuentacuentos, terapia con perros y hortalizas urbanas.

⁷² “Cuando entra uno a un hospital público para ancianos, lo primero que llama la atención es la quietud. Es natural que una tumba para vivos esté silenciosa, y como quienes trabajan en tal atmósfera deprimente necesitan algo que los sustente, las salas ofrecen la paradoja de una quietud como de tumba, atravesada por los ásperos latidos de la música de *rock and roll*” (Henry, 1970, p. 355).

Otro motivo para que el asilo tenga tanto movimiento, es que hay una extensa población externa que lo visita en horarios de oficina. Sumados a las personas que acuden a desarrollar las actividades recreativas y los talleres, están los ancianos que acuden a consulta médica, beneficiarios del DIF que no residen en el asilo. También, la planta de empleados es vasta y eso posibilita que haya mucho movimiento.

Como hemos dicho, los horarios de las comidas son fijos. El comedor se llena de gente, que acude en oleadas. Se organizan turnos, ancianos entran y salen. La comida que les sirven es abundante y de buena calidad nutricional: proteína, vitaminas y cereales, cocinados con poca sal, sin azúcar ni grasa. En el desayuno se acostumbra servir café con leche, atole, tamales, pan de dulce y fruta. Para la comida, los platillos son en su mayoría mexicanos tradicionales: sopa de pasta, crema o caldo, arroz, frijoles, pollo en adobo o pipián, guisados diversos. Todo, acompañado de tortillas, pan y agua de frutas. Algunos ancianos guardan el postre y el pan para cuando les dé hambre a media tarde o durante la noche. De merienda hay hot cakes o sándwiches, con leche, atole y pan dulce igual que en el desayuno.

Entre comida y comida, los ancianos son libres de elegir sus actividades. Hay taller de costura, dibujo, canto y repujado. También hay un grupo “de combate a la obesidad”. Los talleres tienen horarios fijos, aunque en ocasiones las clases se suspenden por motivos diversos. Las actividades programadas no interesan a todos los ancianos por igual, y se puede ver a muchos de ellos sentados afuera, en los solares, en las bancas o en los patios, pasando el tiempo. Algunos leen revistas o libros, la gran mayoría simplemente conversa y contempla. Fue durante estos lapsos de descanso en que me fui acercando a quienes se convirtieron en mis entrevistados principales. Armé las historias de vida de cada uno con lo que ellos me iban contando a lo largo de los días. Esta dinámica me permitió acercarme no

solo a las biografías individuales, sino también a la representación que cada uno tiene de la vejez para poder armar un mapa conceptual de la representación social. Además, en sus relatos aparece imbricado un contexto nacional histórico de gran interés.

La historia de vida de los residentes del asilo solo puede ser reconstruida por ellos mismos. Entra en juego la oralidad⁷³. Los ancianos que residen en el asilo son población vulnerable: tienen pocos recursos económicos y la mayoría vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, además de que sus redes familiares están rotas o resultan insuficientes. Incluso en algunos casos, son inexistentes. Si los ancianos se sienten completamente solos, abandonados, es porque en cierta forma lo están. En términos bourdieanos, podemos decir que se trata de individuos con capitales sociales, económicos y culturales nulos o muy escasos.

Mi intención fue ligar la descripción de la cotidianidad con la narración de las historias de vida de los ancianos que entrevisté. Esto, porque ambas se hallan íntimamente enlazadas, las conversaciones sucedieron a lo largo de varios días y siempre se encontraron rodeadas de las minucias cotidianas: el llamado a comer, una persecución de los gatos, alguna disertación sobre el clima.

⁷³ Pérez Taylor nos recuerda que “el registro del acto de habla se lleva a cabo en la conversación y en la plática, conociendo la otredad para entablar el diálogo que dignifique el discurso. Cual texto, el sujeto se convierte en la escenificación del acontecimiento para transmitir su historia; es la unidad de significación que hace estar presente el recuerdo donde quiera que este aparece para traer el pasado del olvido, causando en la conversación la entrada de la emotividad de quien transmite el saber, porque al recordar y recobrar los eventos del pasado, estos se recrean como si acabaran de suceder [...]. Es el principio dialógico entre el entrevistado como ser humano y el antropólogo que recoge el testimonio como cualquier oyente, pone atención e interviene en la conversación para puntualizar el diálogo, para acercarse al punto culminante de la narración (Pérez-Taylor, 2016, p. 65-66).

2.4. Los ancianos

Este recuento comienza con el testimonio de Luis⁷⁴, uno de mis primeros entrevistados, con quien conversé largamente sobre su vida y su concepción de la vejez.

Luis y yo adquirimos el hábito de platicar en el solar que da hacia el jardín. En ese lugar hay bancas, pero a él le gusta mantenerse de pie. Nos apoyamos en una bardita y ahí conversamos, bajo el sol. De vez en cuando se oyen los gritos de algunas de las personas que estaban sentadas, huyendo despavoridas de las palomas que hacen desbandada. Las palomas y otros pájaros cagan encima de la gente y ensucian todo el solar.

Luis llegó al asilo Mundet por su propia voluntad. Era anciano y padecía de mala salud. En aquel entonces sobrevivía vendiendo chácharas: sacaba apenas lo suficiente y se ayudaba con su tarjeta de apoyo a adultos mayores del gobierno del DF.

Un día escuchó en el radio sobre el asilo Mundet y le llamó la atención cómo trataban a los ancianos. Acudió a pedir informes. En el asilo le pidieron documentación y las personas a cargo lo entrevistaron varias veces. Enviaron a una trabajadora social a su casa para ver cómo vivía. Como no tiene ningún familiar, nadie lo ayudó con sus trámites. Él hizo todo por su cuenta. Tiene ocho meses viviendo en el asilo.

⁷⁴ Luis es un anciano de setenta y nueve años, alto, esbelto, cano, de gran porte. Es “ambulante”, es decir: que tiene permiso de salir al exterior y que no necesita ayuda para desenvolverse. Es mesurado, tranquilo y un poco desconfiado; se expresa con la sabiduría de quien trabajó desde muy chico en todo tipo de oficios y lugares. Nacido en Saltillo, quedó huérfano desde muy niño. Él asegura que esa orfandad temprana lo marcó. Aprendió a leer y escribir con su propio esfuerzo y sin tener una sola pertenencia material. De joven, decidió probar suerte en la Ciudad de México. A los veinte años, comenzó a trabajar de repartidor de mercancía: dulces, cacahuates, alimentos en los cines, en dulcerías y tiendas. Más tarde, comenzó a trabajar de bolero. Cuando ya rondaba los treinta años, hizo familia. Con su primera pareja tuvo dos hijas, pero acabó mal con ella: hubo problemas familiares y tuvo que salir huyendo. Luego conoció a otra mujer, con la que tuvo otros dos hijos. También acabaron mal. Según sus propias palabras, se volvió “desobligado, flojo, tonto”. Más adelante, se dedicó al comercio: vendía pájaros en el mercado de La Merced. Este oficio se vio interrumpido cuando se volvió alcohólico. Duró muchos años así, y se recuperó finalmente del alcoholismo en el año 77.

Para Luis, la vejez es algo natural, es tranquila siempre y cuando se tenga buena salud.

Yo la veo normal, ¿no? La veo normal porque cuando comprendemos que ya llegamos y vamos a llegar más adelante tal vez, o esperar lo que tenga que ser el fin. Esa es la ley de la vida: nacer, reproducir y morir. A mí me tocó la desgracia de no reproducir como Dios manda, por el mal orden que llevaba de vida. Entonces no espera uno más que la vejez, esperamos que ojalá y sea un poco tranquila. No es como uno desea. Todo fuera como decir: Bueno, pues me muero y ya. Pero no. Vienen cosas como enfermedades, cosas graves, dolorosas, es que la muerte es dolorosa. Y sí, claro, cuando le viene un infarto, o caer, o un mal sueño y ahí termina, bueno, pues no padeció. Pero cuando se padece es cuando se siente más, creo yo. Yo pienso que la vejez debe ser lo mejor de la existencia, porque es el resumen de la vida. Vamos hacia el final, entonces la vejez es para reflexionar. Mejor, ser mejor en todo sentido. Siempre y cuando se encuentre bien de sus voluntades, de sus facultades mentales: puedan pensar bien. Pensar bien es lo mejor porque se conduce como debe ser. Es difícil el estar aquí, pero teniendo el medio adecuado la vejez debe ser digna, bonita, creo yo. [Mi salud] más o menos bien, un poco hasta ahorita, yo creo que se va un poco empeorando poco a poco. La vejez ya se siente, el mismo cuerpo lo siente. Por ejemplo, yo voy a cumplir setenta y nueve, me falta uno para ochenta. Yo comprendo que ya llegué a una edad madura, casi voy para el término. Si llego a durar poquito más, pues yo creo que yo ya duré un poquito más de lo que debí haber durado, por la vida desastrosa que he llevado. Yo debí haber muerto antes, me he salvado⁷⁵.

Para Luis, la juventud es una etapa muy bonita, si se cuenta con los medios para mantenerse bien.

Cuando se es joven y se tiene todo, para vivir, todo, debe ser feliz. Es la mayor felicidad la juventud, porque tiene de todo. Ya la vejez pues va siendo el término de una vida, casi. En la vejez, pues el que también, igualmente, el que pudo atesorar, ver el futuro, tener el medio de vida, crear una familia sana, creo yo que lo deben de cuidar, de querer, de respetar, y ser aún mayor [sic] feliz que cuando fue joven, porque ya entra la satisfacción de la vida, la satisfacción de haber podido, de ser, crear y recrear y procrear a sus hijos y educarlos y sacarlos adelante. Debe ser [una etapa más feliz que la juventud]. La vida no pasa de cien años, porque ya de noventa, noventa y dos, ya está uno incapacitado, por mucho. Sí se vive, caminan. Posiblemente, entre mil haya ocho que puedan ser activos, pero la mayoría ya va en descenso, por enfermedades, por otras cosas, por la vida misma. Pues está vegetando, propiamente está vegetando. Está terminando su vida, entró en la etapa de la vejez. Sí vive, pero yo pienso que, como le digo, depende el medio que lo rodea: si tuvo, como le digo, toda la solvencia, pues va a ser feliz, pero si tuvo una cosa precaria, nomás están esperando: Uy, este viejo ya vivió mucho. Ya esperan

⁷⁵ Entrevista en profundidad a Luis, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

que le truene porque no le ven nada y si le ven algo: A ver a qué hora nos deja la herencia. Tons hay muchas cosas. El que tiene, esperan para que deje la herencia, y el que no tiene, porque ya les estorba y les está robando el oxígeno. Hay mucha maldad en este mundo, bueno, yo así lo veo. Tanto el hombre como la mujer deben de reconocer cuando ya están incapacitados. Más que todo, para procrear, porque estamos en una etapa de la calma, del descanso⁷⁶.

Vuelve constantemente a la idea de que los viejos más mayores solo están vegetando.

Vegetar es que ya entró a una vejez completamente, que no podría ya él solo ni caminar, ni hacer, ni nada. Aquí hay un personaje de ciento tres años, anda revivo, anda relisto, pero también ya está vegetando: todas sus facultades están mermadas. Es el desenlace, ahí quedó. Yo me imaginaba una vejez, como le digo, tranquila, bonita, satisfecha, más bonito de lo que se ha vivido antes, de joven. Así lo veía yo... Ahora que trato con gente grande, diferente al carácter mío, me doy cuenta que es difícil. Sobre todo aquí, pero eso es por falta de preparación, es por falta de educación, creo yo que es. [Cuando era joven] yo no pensaba en la vejez, yo viví el momento, viví la vida a mi manera. Pensé que no iba a llegar, yo pensé que me moriría antes, porque no sabía lo que era muerte, no sabía las cosas. Se cree uno fácil, no, a la muerte se le tiene temor. Bueno, pues tanto como temer, no, pero sí respeto porque se habla de que la muerte es dolorosa. ¿Por qué es dolorosa? Porque viene una serie de enfermedades, que se cura y no se cura, que se vive y no se vive. Por eso le digo: al que le toca rápido, como sea, pero el que tiene que padecer es mucho sufrimiento, muy, muy duro, muy difícil⁷⁷.

Le pregunto si él está listo para enfrentar la posibilidad de que le fallen sus facultades mentales.

Yo acepto. Claro, tengo temor, como todos. Yo tengo temor porque... lógico. Pero si me llegara así, como yo he visto con muchos casos, momentáneos, pues me iba yo feliz. La muerte no cumple antojos ni endereza jorobados. Lo que quiere uno en la vejez es la salud. Ya de viejo, lo que persigue uno más es salud. Salud, salud. [Mientras que de joven, lo que persigue es] el dinero, porque la salud la tiene. Tons con el dinero va a tener lo que usted quiere. Con el dinero lo solventan, lo quieren, lo apapachan. Si se llama Toño, le dicen Toñito. Pero si no tiene nada, ven a Luis, a mí, nah, se dan la vuelta: Ése no vale nada. Pero humanamente sí valgo, como humano yo, interiormente, yo sé que sí valgo, porque todos estamos hechos de la misma materia. No hay ni más ni menos, al que le tocó, le tocó [...] Claro que la muerte no escoge, pero mayormente por la edad, sí. Porque en cualquier momento viene un desenlace, un infarto, un paro cardiaco, no falta, falta de

⁷⁶ *Ibídem.*

⁷⁷ *Ibídem.*

*respiración, queda uno. Bueno, hay personas que tal vez tengan una satisfacción enorme en su vida, se van tranquilos, posiblemente. Pero yo creo que pues que la muerte no escoge, tampoco. La muerte no escoge ni jorobados, ni pequeños, ni flacos, ni gordos. La muerte que te llega a ver: Vente*⁷⁸.

Al hablar de la muerte, Luis recordó su experiencia durante el sismo de 1985. Él vivía en Iztapalapa, en un cuartito. Ese día vio que todos estaban atemorizados: “pobres y ricos por igual. Murió mucha gente aquel día”. Luis notó que todos sentían miedo. Al hablar de la muerte, evoca aquella idea. “Como un temblor, igual. Es parejo”⁷⁹.

Luis tiene permiso de salir durante el día porque está bien de salud y sus facultades mentales están intactas. Disfruta mucho salir a caminar. A veces va al centro o come fuera. Casi no le gusta participar en las actividades del asilo: ni en los talleres ni en las reuniones sociales. Sin embargo, acude al taller de obesidad. Lo enorgullece que lo pongan de ejemplo a causa de su delgadez. Cada vez que mencionamos este tema, él aprovecha para criticar a Bertha, una señora muy obesa. Luis no socializa con los demás residentes, es un hombre solitario. No disfruta ver la televisión en compañía de los demás ancianos, prefiere comprar sus propias películas y verlas durante la noche, cuando todos duermen.

Luis dice que en el asilo hay mucho egoísmo, hasta para apartar asientos de la sala de tele. Sobre los conflictos él prefiere hacerse a un lado, no le gusta discutir y menos por cosas que considera tonterías: “Así como se adelantan para ver la película, así se deberían adelantar para la tumba, pero no: ahí hasta se van a hacer para atrás”⁸⁰.

Si bien los ancianos no están obligados a integrarse a ningún taller o actividad en específico, sí son animados por el personal del asilo a hacerlo. A cada momento se ve a los

⁷⁸ *Ibidem.*

⁷⁹ *Ibidem.*

⁸⁰ *Ibidem.*

médicos y psicólogos recordándole a los residentes el horario de la siguiente sesión o preguntándoles por qué no asistieron al último taller.

Uno de los talleres más concurridos es el llamado “taller de alimentación”, al que todos se refieren coloquialmente como “taller de obesidad”, aunque en realidad debería llamarse “taller para combatir la obesidad”. Este taller es un ejemplo idóneo para entender cómo se desenvuelve el día a día del asilo.

El taller tiene como objetivo mejorar la salud física de los residentes a través del cambio de sus hábitos alimenticios. Esto, de inicio, resulta un poco extraño, ya que los alimentos que consumen los residentes son proporcionados por la institución de manera oficial en horarios cuidadosamente organizados. Aunque la ingesta de dicha comida no es obligatoria, las posibilidades de que un residente elija otra opción para alimentarse son muy reducidas, casi nulas. El anciano necesitaría tener permiso de salir al exterior y además contar con los medios económicos para solventar el menú de un restaurante o de una cocina económica⁸¹. Cocinar adentro del asilo es imposible, ya que no existe un espacio destinado a este fin. Además, los residentes no cuentan con lugares donde almacenar alimentos: no hay un refrigerador ni alacenas comunitarias.

Los profesionales que imparten el taller abarcan diversas especialidades. Algunas veces el tallerista es el médico, otras veces la psicóloga, y cuentan con la participación de invitados. Los ancianos que asisten conforman un grupo bien compenetrado, que socializa y se desenvuelve en un entorno seguro. Debido a lo anterior, es común escuchar quejas, reclamos y hasta burlas, que los coordinadores deben resolver.

⁸¹ Si partimos del costo promedio de un menú de comida corrida en la Ciudad de México, que es de cincuenta pesos, resulta que un anciano debe gastar alrededor del 8% de su pensión de Adultos Mayores en una sola comida.

La mayoría de las ocasiones que asistí al taller de obesidad, la psicóloga Samantha coordinó la sesión. En ninguna de las sesiones demostró tener un método pedagógico claro, su presentación siempre pareció improvisada. No demostró un correcto manejo de la información, incluso ofreció datos erróneos⁸².

Es común ver una infantilización de los ancianos por parte de la institución, representada por la psicóloga Samantha. Los talleres se convierten en una especie de escuela donde el profesor es la autoridad y desempeña el papel de educador de unos alumnos rebeldes. Aflora un discurso ambiguo: es como si la institución, a través de la psicóloga, esperase de los ancianos un agradecimiento tal que rayase en la sumisión. Hay un constante recordatorio de que el asilo les brinda el alimento, el techo y la subsistencia.

En algunas ocasiones la psicóloga Samantha ordenó que trabajaran en equipo. Escuché que algunas ancianas se referían a una residente, Bertha, como “la gorda”. Con el tiempo fui notando que era una constante entre los residentes el referirse a Bertha de manera negativa, incluso cuando ella estaba presente. Decidí acercármele, conocer su lado de la historia. Con el tiempo acabó convirtiéndose en una de mis entrevistadas claves, con el agregado de que además ella es una de las residentes más jóvenes del asilo y su concepción de vejez resulta de gran relevancia.

Bertha tiene sesenta y seis años. Cuando la conocí tenía el pelo pintado de rojo cereza, lo que la hacía ver aún más joven. Ella misma me explicó que no había elegido ese color de

⁸² Una vez le pidió a los ancianos que intentaran, cada quien en una hoja, escribir una dieta completa y saludable. Ellos obedecieron. Después, ella procedió a revisar y corregir. Ninguna de las dietas que ellos propusieron estaba correctamente balanceada, todas excedían las calorías que se supone deben consumir en un día. Ella se limitó a regañarlos. En otra ocasión, la psicóloga les habló sobre la relación costo-cantidad de los alimentos. Les sugirió que fueran en grupo al súper con doscientos pesos, para ver cuántas cosas podían adquirir. Nunca quedó claro si estaba proponiendo esto de manera hipotética o si había olvidado que la mayoría de los ancianos no cuenta con doscientos pesos y que además no tiene permiso para salir del asilo. Habló del valor del dinero, de los altos costos de los productos del súper y de cómo es un gran beneficio para los ancianos que el asilo les otorgue los alimentos.

tinte, sino que era el único que le había proporcionado el asilo. Cuesta trabajo referirse a ella como una “anciana”, pero siguiendo la normatividad institucional, técnicamente lo es⁸³.

Al preguntarle sobre su edad, respondió que ella se consideraba de “edad mediana”. Se compara a sí misma con la señora Malena, una anciana que padece demencia senil y que casualmente siempre está sentada en la misma banca que Bertha. A Bertha se le confunden las fechas y también le cuesta mucho trabajo asirse al presente. Padece inicios de lo que los neurólogos llaman amnesia anterógrada, dificultad para generar nuevos recuerdos. El pasado lo tiene muy claro, es capaz de narrarlo con lujo de detalles: fechas, sucesos, nombres completos... con ligeros problemas a la hora de establecer una cronología. A Malena, en cambio, le cuesta trabajo mantener el hilo de las conversaciones más triviales, su confusión es demasiado grande.

También, en ocasiones, se compara con Engracia, una de las residentes mayores:

Yo no me siento viejita, la mera verdad. No, gracias a Dios no estoy tan viejita [señala a Engracia]. Yo me siento como de quince años. A mí luego me falla algo la memoria. Siempre tuve mala memoria, la verdad, desde chica. Pero pues, no tanto, ahí aprendía más o menos⁸⁴.

⁸³ Bertha es originaria de Michoacán. Tiene un carácter amable, pero es un poco necia. En varias ocasiones me tocó ver que las médicas del asilo se acercaran a Bertha para insistirle en que se bañara, a lo que ella se negó con excusas diversas. Bertha llegó a la Ciudad de México a los cuatro años y vivió aquí la mayor parte de su vida. Nunca trabajó, se dedicó a estar en su casa, con su mamá y más tarde con su único hermano. Estudió hasta terminar la preparatoria y más tarde ingresó a la escuela de Comercio y Administración, de donde tampoco egresó. Nunca trabajó, su hermano tampoco. Su padre era médico cirujano especializado en pediatría, y por sus historias podemos inferir que pertenecían a un estrato económicamente privilegiado. Al morir su mamá, ella y su hermano vendieron la única casa que tenían, ubicada en la colonia Del Valle. Les dieron un millón trescientos mil pesos. Las personas que compraron la casa eran amigos de la familia, y fueron ellos quienes se encargaron de conseguirle a Bertha un lugar donde vivir. Primero buscaron en Toluca, pero no la aceptaron por su corta edad. En el Mundet la recibieron, y ellos firmaron como responsables de Bertha y contacto de emergencia. En ocasiones la visitan y le dan un poco de dinero, pero no es frecuente que esto suceda. Hace tres años que vive en el asilo. Ella creyó que estaría en el Mundet de manera temporal, pero terminó quedándose. La de Bertha es una historia de despojo idéntica a la de miles de ancianos a lo largo del país y a nivel global. Las personas que ella cree que la ayudaron, en realidad la convencieron de malbaratar una propiedad en una de las zonas con mayor plusvalía en la ciudad. Dicen hacerse cargo de ella, pero la realidad es que Bertha ni siquiera puede costear el tinte de su cabello por falta de dinero.

⁸⁴ Entrevista en profundidad a Bertha, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

Para Bertha, la vejez debe ser una etapa de tranquilidad, de vivir sin preocupaciones.

Tener todo lo necesario. Y eso le da a uno tranquilidad para no vivir con los nervios alterados ni con apuración, con problemas, teniendo todo lo necesario. Pues una etapa del ser humano, que pues ya es una de las últimas etapas, ¿no?, por desgracia, del ser humano. Que, este, pues ya tiene que vivir con tranquilidad, este, pues ya pues conformarse con su vida, con lo que ha vivido. Aceptar toda su vida como ha sido, ya namás buscar su tranquilidad, su salud en lo que cabe, no, lo más que se pueda. Y ya, y vivir lo más tranquila que se pueda, la persona. [La vejez] depende de uno. Hay personas hasta de noventa años, como la señora Guadalupe Orozco, que tiene un carácter bien fuerte y alegre y tiene mucha energía, muchas ganas de vivir, esa señora. Y hay otras que sí son más jóvenes y pues también por sus achaques, no, hay muchas señoras ya diabéticas que tienen muchos problemas con su diabetes, se les baja el azúcar, se les sube, se marean, se desmayan, pierden su energía y andan con problemas por la diabetes. Yo soy himpertensa [sic] pero con mis pastillitas pa la presión que me dan pues ya tengo mi presión como de joven. Me la toman y lo más que me sube es a 140 y eso rara vez, pero generalmente tengo 130-90, o sea que eso está muy bien, para mi edad. Pues yo, viejita, todavía no, tampoco no me coso [sic] al primer hervor, ¿verdad? No soy pollita, tampoco, pero intermedia. Pero ya voy más pa viejita que pa joven, ya soy de sesenta y seis, ¿qué me falta pa los setenta? Aquí hay señoras que se quitan la edad porque ya están grandes. Unas se quitan los años. Ya quieren, este, ¿cómo le diré? Dicen que son menores aunque ya son mayores. No les gusta decir su verdadera edad⁸⁵.

Le pregunté cómo concebía la vejez cuando era más joven:

Yo no pensaba nunca en la vejez. Si yo todavía ahorita no pienso en la vejez, yo me siento como si tuviera veinte años, yo así pienso, gracias a Dios, bueno, tengo mis achaquitos, tengo mis várices en las piernas por la obesidad, desde hace como veinte o veinticinco años se me empezaron a aparecer várices en las piernas. Y tengo mala circulación en los pies y en la parte baja de la pierna, tengo mala circulación. Me están dando una pastilla. Ahorita me están dando dos: una en la mañana, otra en la tarde, para la circulación, y es lo que me ayuda para las várices también, es lo mismo. Y otra para la presión. Es lo que me dan, nada más.⁸⁶

Le pregunté, también, si al mirar a sus padres o abuelos no pensaba en la vejez, en un mecanismo de espejo.

⁸⁵ *Ibídem.*

⁸⁶ *Ibídem.*

No, porque mis papás no se veían viejitos ni se sentían viejitos. Bueno, mi abuelita sí, desde los veinticuatro años padecía reuma y no podía caminar bien, se le estaba deformando, bueno, como a los treinta y cinco años se le empezaron a deformar las rodillas, los tobillos y las muñecas por las reumas. [Estaba] chapeada, llena de vida, namás que no podía caminar bien.⁸⁷

Bertha es víctima de ataques por parte de sus compañeros residentes. Le pregunté a qué cree que se deba esto.

Aquí hay personas que son conflictivas, peleoneras, de mal carácter, enojonas, que aunque no tengan muchos años viven como si tuvieran noventa o cien años. Así tienen su vida, así, muy triste, muy conflictiva. Aquí hay muchas señoras así. Principalmente por la salud, que ya empieza uno a tener otros problemas de salud y eso le causa a uno, pues, tristeza, pesimismo, preocupación. Entonces ya se siente uno un poco más triste. Yo todavía me siento bien. Yo, en general, me siento como si tuviera yo cuarenta años, así me siento. Con todo y mi problema de las várices camino muy aprisa, solo cuando me aprieta aquí el doctor para ver si me duele [se toca las varices], porque se me hinchan un poco las piernas por las mismas várices, y entonces me duelen. Pero solo cuando me aprieta el doctor para ver si estoy hinchada o no, es lo único. Mi presión alta nunca me ha ocasionado, gracias a Dios, ningún problema. Estoy como quiero [risas], como de veinte años, como usted [yo], así me siento. Un poco más pesadita, me siento pesada por mí misma gordura, pero así he sido desde los seis años. Gracias a Dios, hasta ahorita mi corazón me ha funcionado bien, pero ya no debo de andar ahí creyéndome también de veinte años, porque ya tengo mi edad y por gordita mi corazón está trabajando mucho más de lo que debe trabajar⁸⁸.

El taller de obesidad es el más concurrido, por mucho; de hecho es el que tiene lugar en el salón más grande. Es un salón estilo auditorio, en el que un orador expone y se encarga de conducir al grupo. Es el taller en el que los asistentes fungen más como espectadores. He mencionado el papel de la psicóloga, que sin tener conocimientos adecuados de nutrición es quien se encarga de aconsejar a las ancianas y de ayudarlas a planear una dieta. Sin embargo, en otras ocasiones, es el médico general del asilo, el doctor Morales, quien expone los temas.

⁸⁷ *Ibídem.*

⁸⁸ *Ibídem.*

Dado que la concurrencia está conformada por una mayoría de mujeres, él se dirige al público en femenino. Pregunta cómo se sienten y ellas dan respuestas variadas: “Cada día más viejitas”, “Bien”, “Amoladas”.

Las pláticas del médico son idénticas a la de la psicóloga, aunque están mucho mejor preparadas. En realidad el taller no sigue un programa establecido, más bien son charlas enfocadas a tratar el problema general, que es la obesidad de algunos residentes.

En alguna ocasión el médico definió “adulto mayor” como persona mayor de sesenta años, acorde con los lineamientos del DIF⁸⁹. Dedicó varias sesiones a explicar que el proceso de alimentación de una persona envejecida es distinto del de una persona joven⁹⁰.

Con frecuencia, el doctor hizo énfasis en que los pacientes esperan que los médicos hagan milagros. Contó que hay hijos que le reclaman a él por no estar atendiendo adecuadamente a sus padres, sin tomar en cuenta que quizás el residente había mantenido

⁸⁹ Esto se corresponde con el mismo discurso que maneja durante sus sesiones del taller de obesidad. En alguna sesión preguntó en voz alta: “¿Alguien aquí está en el proceso de envejecimiento?” Se hizo silencio, nadie respondió. Entonces, él continuó diciendo: “Pues todos. Todos estamos en el proceso de envejecimiento. Todos. Ahora, este proceso, tenemos que ver qué tanto pueden haber enfermedades: la gripe, el cáncer, accidentes. Muchos de estos factores transforman la vida de uno, que debe adaptarse. Alguien con ansiedad, va a comer, aunque el cuerpo no se lo exija. Come y come y come. Se almacena y se almacena y se almacena. Conforme avanza la edad, avanza el peso”. Sesión del médico Morales frente al grupo de combate a la obesidad, asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

⁹⁰ De acuerdo con lo que dijo el médico, el proceso de alimentación varía: algunos ancianos ya no tienen dientes, lo que dificulta la ingesta: “Las papilas gustativas están gastadas y ya no perciben el sabor como hace cuarenta años. Esa es la razón por la que a veces no les gusta la comida o no les sabe igual. Y le echan la culpa a la cocinera, pero no es culpa de ella. Acabo de ver una anciana en rehabilitación, haciendo ejercicios, demostrando su flexibilidad. Probablemente no fumó esa abuela, probablemente no tomaba alcohol, probablemente no se estresaba tanto. Muchas de las presentes ahora están pagando las consecuencias de haber descuidado su organismo. Cuando uno es joven, el motor está como que al 100% y el organismo trabaja rápido. En los adultos mayores es más lento. Y por lo tanto, lo que comemos transita más despacio. Cuando le damos al organismo cosas que no está necesitando, lo estamos maltratando. Debemos comer sano para evitar malas cosas al rato, el cuerpo es reflejo de lo que uno come. Todo lo que uno consume se absorbe por todo el cuerpo, pasando por la sangre y todos los órganos. Se consume, se procesa y los alimentos van a transformarse en otra sustancia”. *Ibidem*.

malos hábitos alimenticios durante toda su vida. Explicó que antes las costumbres alimenticias eran mejores y los alimentos eran más saludables⁹¹.

Un día me acerqué al médico y le pregunté cómo concebía él la vejez. Estaba muy atareado y respondió breve y conciso:

*Los abuelos llevan una forma de vida más pasiva que la que llevaban antes. Consumen menos energía. No consumen lo mismo que consumían cuando tenían veinte años. Con el paso del tiempo, aumenta la cantidad de muertes*⁹².

Tanto el médico como la psicóloga y otros profesionales del asilo acostumbran comparar a los ancianos presentes con otras personas⁹³. A veces, lo que hacen es tomar algún anciano “ideal” y exacerbar sus cualidades, para que los demás aprendan⁹⁴.

Algunas sesiones son una enumeración de enfermedades: “Una anciana diabética no puede comer ciertas cosas, una piña entera, por ejemplo, porque se le sube el azúcar. Los que no tienen diabetes, tienen la fortuna de comer lo que sea”⁹⁵. Siguiente enfermedad:

⁹¹ Reiteradamente insistió en que las verduras, por ejemplo el brócoli, son muy sanas. Las frutas también. “Muchas veces la gente no quiere consumir determinados alimentos porque no tiene la costumbre de hacerlo. Como ejemplo: el kiwi, mucha gente no quiere comerlo porque no lo han probado y no tienen la costumbre. Si, por el contrario, la abuela se la pasa comiendo pizza, no adquiere vitaminas”. Es frecuente el uso de este tipo de expresiones extrañas por parte de los profesionales del asilo. “Si la abuela se la pasa comiendo pizza”. ¿A qué se refiere, si los ancianos no acostumbran comer pizza jamás, ya que no cuentan con los medios para hacerlo y en el comedor de la institución no les ofrecen ese tipo de alimentos?

⁹² Pregunta dirigida al médico Morales, asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita. Es entendible que el médico se refiera al grupo de ancianos en femenino, porque son mayoría las mujeres. Lo que llama la atención es que a todas les diga “abuelas”, aunque haya algunas mujeres que en realidad no tuvieron descendencia. Es un término eufemístico, aunque erróneo. Ser “abuela” es un rol social, que no todas cumplen. Sería más apropiado llamarlas “ancianas” o “adultas mayores”. El médico no es el único que se refiere así a los residentes, gran parte del personal también lo hace.

⁹³ Una residente que es con frecuencia es puesta como ejemplo es la señora Marichuy. “Marichuy era una bola de sebo hace dos meses y ahora hace ejercicio y esa grasa se convierte en músculo, en tejido muscular, en la carne roja. Va a seguir pesando lo mismo pero ahora es músculo. O sea que masa muscular todos tenemos, pero en diferentes cantidades. ¿Qué pasa con los abuelos cuando no hacemos ejercicio? El músculo se va consumiendo. ¿Quiénes de aquí hacen ejercicio?” Sesiones del grupo de combate a la obesidad, asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

⁹⁴ La psicóloga Alma, en alguna sesión del taller de obesidad, comentó: “Por ejemplo, la señora Chuy, que todo el día está caminando por todos lados y así mantiene su organismo activo y sano”. El doctor agregó que “si sentaran a Chuy en una silla y dejara de moverse, en un año ya estaría muerta. El ejercicio es vida”. *Ibidem*.

⁹⁵ Médico Morales, en las sesiones del grupo de combate a la obesidad, asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

osteoporosis. “El hueso, de alguna manera, se va desgastando. Ese hueso que está bien formado, al paso de los años, por dentro está hueco, fofo, como panal de abejas, como carcomido por dentro”⁹⁶.

Alguna vez el médico explicó que el envejecimiento podía ser de tres tipos:

*exitoso, como el de la señora Chuy, que es vieja exitosa, en el sentido del organismo, de la estructura corporal, es exitosa porque aún a edad avanzada puede hacer muchas cosas; habitual, como el de todos nosotros, que más o menos, de acuerdo a los cuidados, estamos más o menos bien; y enfermo-patológico, gente más joven que tiene enfermedades o secuelas de enfermedades, como embolias, pero ahí es un envejecimiento enfermo, porque tiene un daño, yo conozco abuelas de sesenta años, en la rayita, que están peor que cualquiera de ustedes*⁹⁷.

En otra sesión mostró fotos de ancianos atléticos, corredores. Preguntó cuántos años le calculaban a uno, y él explicó que el modelo de la fotografía sobrepasaba los ochenta años.

Dijo que su buen estado se debía al ejercicio a una correcta alimentación⁹⁸.

*El envejecimiento va a ser de acuerdo a lo que comemos, no que la gente luego come demasiada carne, muchos tacos de suadero”. Luego preguntó: “Casi todos tienen una edad promedio de menos de ochenta años aquí, ¿ochenta y más? [...] ¿Alguien ha reducido de estatura? Se van haciendo chiquitos. Si comemos sano los huesos están sanos ¿Alguien tiene músculo de aquí? Acuérdense que todas tienen músculo. Volvemos a esa abuelita que tiene noventa años: es puro músculo. El músculo es la carne roja*⁹⁹.

Las sesiones del taller de obesidad transcurren de esa manera. Un poco de información, luego una charla y la participación de los ancianos. Cuando las pláticas se

⁹⁶ *Ibídem.*

⁹⁷ *Ibídem*

⁹⁸ En otra ocasión mostró una gráfica donde se veían las enfermedades que son causa de muerte en México. Explicó que las enfermedades del corazón, la diabetes, y otras que aparecen en los primeros lugares, sí se pueden evitar, hasta cierto punto. Contó el caso de un joven que pesaba noventa y ocho kilos, con padre diabético. “Incluso él pudo haber retrasado la aparición de la diabetes”. Más causas de muerte: enfermedades del hígado, por ejemplo. Todo está relacionado con el modo de vida. Mencionó a la gente que toma muchos medicamentos para equilibrar sus malos hábitos. Influenza o neumonía: “cuando la enfermedad le llega a un anciano que no tiene reservas, lo mata. Pueden tener grasa, pero eso no significa que tengan proteína y músculo. El hecho de que estén gorditos no quiere decir que estén muy bien”. *Ibídem.*

⁹⁹ *Ibídem.*

vuelven aburridas, el médico o la psicóloga en turno les piden a los asistentes que se levanten; la sesión prosigue con los ancianos de pie, para evitar que se queden dormidos.

Afortunadamente, lo bonito del centro es que tenemos aquí de todo: tenemos el abuelo flojo, el abuelo peleonero, el abuelo diabético, el abuelo que no hace ejercicio, el abuelo que no come [...] Y de los ejemplos, bueno, abuelos regañones, abuelos que protestan por todo, abuelos... Tenemos ejemplos de todos. Por eso estamos nosotros aquí, porque venimos a ver su comportamiento, a ver cómo son los abuelos, a eso venimos. Y vemos que son diferentes todos, hay abuelos muy positivos y muy negativos¹⁰⁰.

Algunas veces yo misma funcioné como ejemplo comparativo.

El agua corporal, conforme avanza el tiempo, el adulto mayor, la cantidad de agua también cambia. ¿Ustedes han visto las uvas y las pasitas? Disminuyen ustedes el agua y la regulación de la temperatura. ¿Por qué Petra viene con una cobija encima y la señorita [yo], mírenla, parece que anda en la playa?¹⁰¹

Las sesiones del taller de obesidad en muchas ocasiones se convirtieron en sesiones donde los profesionales trataban de hacerle entender a los residentes algunos de los cambios que suceden en su cuerpo. A ratos parecían pláticas escolares, mitad informativas, mitad motivacionales. En general, la motivación es una constante de la institución. No parece surtir mucho efecto porque una sesión tras otra se repiten los temas, los oradores insisten, encuentran mucha reticencia de parte de los ancianos.

La muerte es un tema que es abordado con ligereza, como si el verla tan de cerca la despojara de su pesadez habitual.

¿Qué quieren para ustedes? Dice por ahí alguien, yo escucho que dicen: Doctor, ya me quiero morir. Pues sí, pero no se mueren. Y aquí están, y mientras tanto están sufriendo¹⁰².

¹⁰⁰ *Ibidem.*

¹⁰¹ *Ibidem.*

¹⁰² *Ibidem.*

El taller de obesidad es paradigmático, pero en el asilo se desarrollan otros talleres artísticos y de manualidades. El problema es que carecen de la constancia y regularidad que caracterizan al taller de obesidad. Posiblemente esto se deba a que los demás talleres se encuentran a merced del capacitador o capacitadora, que es una persona ajena al asilo que con facilidad se ausenta o cancela, mientras que el taller de obesidad es coordinado por el persona de planta del asilo y difícilmente se cancela.

Tomemos como ejemplo el taller de dibujo. Aproximadamente un mes después de que yo comencé a frecuentar el asilo, ese taller cerró por remodelación. Oficialmente dijeron que se iba a hacer una reestructura del espacio. No lo sustituyeron con otro taller, ya que el cierre iba a ser temporal: una duración de tres meses que se extendió a más de seis.

Una de las afectadas con esta medida fue la señora María Elena, Malena, quien era adepta al taller de dibujo. Aprovechamos el tiempo libre que le quedó a causa del cierre del taller para conversar sobre su vida y su noción de vejez. Acabó convirtiéndose en una de mis entrevistadas claves.

Malena pasa los días sintiéndose desdichada, no le gusta el asilo. Extraña su colonia y detesta vivir encerrada¹⁰³. También extraña su rutina, los lugares que frecuentaba, a sus amigas y a sus vecinas. A pesar de todo, conserva intacto el sentido del humor. Lo único que disfruta son las salidas al cine y los convivios de cumpleaños.

¹⁰³ Malena es una señora diminuta, canosa y morena. Su nivel de confusión es muy alto, no sabe en qué día vive ni cuánto tiempo lleva en el asilo. Sin embargo, su plática fluye y en general es muy coherente. Está estancada por completo en el recuerdo doloroso de su vida previa al asilo. La reconstrucción de su historia de vida fue complicada, pero algunas preguntas específicas le detonaron recuerdos. Malena no terminó la primaria, no se casó ni tuvo hijos. Vivía con su hermano y su mamá en la colonia Moderna. Cuando su mamá falleció, se tomó la decisión de demoler la casa donde ellos vivían. Su hermano y ella se mudaron al asilo. Sin embargo, su hermano es población móvil, lo que quiere decir que tiene permiso para salir del asilo, mientras que Malena vive encerrada. No recuerda cuántos años lleva viviendo en el Mundet. A veces dice que dos, a veces que cinco. Tampoco sabe su edad. Haciendo cuentas, calculamos que debe tener ochenta y dos años. Alguna vez aseguró que nació en 1923. Hilando su historia es posible entender que ella trabajaba en una fábrica de textiles. Era costurera de medias de futbol, en la fábrica La Moderna. La dieron de baja de la fábrica, por clausura.

Con frecuencia confunde su edad. Se compara a sí misma con otras residentes del asilo:

Ya estoy en mis sesenta, no tan viejita. Hay unas que se pintan el pelo ¿y para qué?, te tienes que pintar el pelo a cada rato, ¿no? Yo no, así. ¿Ora cuánto cuesta un tinte? Si castaño, oscuro... ¿Ora cuánto cuesta? Imagínese cada tercer, no, se le cae a uno la pintura, no. Mejor así como está uno, si hasta los hombres se pintan...¹⁰⁴

En el asilo le dan ropa para usar, proveniente de donaciones. A veces no le gusta, le da frío. Tiene que ir a la oficina a pedir otra prenda o una cobija. Ha perdido su autonomía, a tal grado que los enfermeros deben bañarla. Dice que llegó en buen estado, sin usar bastón, pero un día hace algunos meses se cayó en el baño. Desde entonces, la bañan enfermeros.

Sergio, un grandote, él me baña. A mí me gusta con cubeta, no con regadera. Me bañé ayer, me baño cada tercer día, me toca mañana. Los hombres nos dicen: Que no les dé vergüenza, nosotros ya sabemos lo que tienen ustedes, nomás las bañamos y ya. Antes sí [me bañaba sola], pero como me torcí y me caí en el baño [...] Luego me prendieron, me dieron una friega aquí y acá... Aquí me vine a enfermar, bueno, ahí me caigo ahí en el baño. Tan buena que vine de mi colonia y aquí me vine a desgraciar¹⁰⁵.

A la pregunta de cómo considera ella la vejez, respondió cosas diferentes en distintos días, pero siempre en el mismo tono de desdicha:

Yo no quería llegar a tanta edad. ¿Por qué? No sé. Es muy triste. Si estuviera mi santa madre otra cosa sería. Podría trabajar en casa, ya ves que hay casas que le dan a uno de comer. Antes sí podía ensartar una aguja para coser. Ahora ya no. Ahora me vienen [a decir]: Ay, Malena estás muy acabada. No es igual la libertad a estar encerrada. [...] Cómo no, pues la edad que tiene uno, criatura. Yo ya no veo como antes, como he llorado mucho por este hombre [su hermano]. Ya no puedo hacer nada, como antes: lavar y planchar. Yo trabajaba en la fábrica de medias de fútbol... Yo quisiera mil veces la juventud, para no llegar a esta edad [...] ya no quisiera llegar nada, porque ya llegando, ya no le quieren a uno ayudar. Se refiere uno a bajar y subir camiones. Hay unos caballeros que se paran 'A ver, señorita,

¹⁰⁴ Entrevista en profundidad a María Elena, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¡señorita!, ponga una patita, otra patita'. Al tiro, lorito. O si no, los mismos choferes se acometen que le digan a uno: '¿Ya jefecita?' Ya, joven¹⁰⁶.

Malena padece de varios achaques y malestares. Usa un bastón al que llama "marido", y recientemente la operaron de los ojos. Dice que antes de entrar al asilo estaba mejor.

Lo que me fatiga es de mi vista, cada vez veo menos. Me duele mi cuerpo, como me he caído, pa que sepa usted. Ya se está uno acabando, o no, ¿o cómo? [...] Ni modo de volver a la juventud de antes, ya se siente más cansado. Ya entrando uno los años se nota uno en la vista. [Antes] caminaba yo más aprisa, entonces en aquel tiempo no me caía. Ahora a cada rato me caigo, me resbalo¹⁰⁷.

Malena opina que a los ancianos les va mal y que los más jóvenes los desprecian.

Hay uno que todavía como que le ponen a uno [hace un gesto de desagrado]. No me insultes, porque así como me ves te verás, si acaso peor, cuando lo insultan a uno. La juventud es puras pachangas. [De viejo] ya no se divierte uno, como que ya, la sacan a bailar ahí de vez en cuando, aquí mismo, una pieza cada mil años. Qué triste es estar abandonado. Apenas me viene la canción esa 'Lloras, porque estás abandonada' [...] es como bolero. Ya no quiero llegar a más edad¹⁰⁸.

La institución organiza fiestas con la finalidad de divertir, entretener, hacer que los ancianos pasen un buen rato. Como cualquier ritual, los convivios representan una ruptura de la cotidianidad que refuerza el tejido social. Una celebración fija, que tiene lugar el último viernes de cada mes, es la celebración de cumpleaños. Todos los cumpleaños del mes reciben atención especial ese día: hay música, se acomodan sillas en el patio o en el salón de usos múltiples, se compra un pastel grande.

La celebración del mes de junio se llevó a cabo en el vestíbulo porque el clima no era propicio para estar afuera. No hacía frío, pero la gente mayor es más sensible a las bajas temperaturas.

¹⁰⁶ *Ibídem.*

¹⁰⁷ *Ibídem.*

¹⁰⁸ *Ibídem.*

Desde las nueve y media de la mañana, había señoras sentadas en las sillas que colocaron para la fiesta. Reconocí a Malena y a Hilaria, que conversaban sin mucha coherencia. Les pregunté qué estaban esperando y Malena me respondió que “un festival”.

Había sesenta y cuatro sillas, lo que significa que no se esperaba que todo el asilo asistiera. Los organizadores conocen bien a los residentes: saben que a muchos no les gusta convivir, prefieren quedarse en sus cuartos, caminar por su cuenta o simplemente descansar.

En estas situaciones extraordinarias, que rompen la rutina, se asoman las tensiones que subyacen en la cotidianidad. Las intrigas se materializan durante aquellos momentos en que los ancianos se encuentran relajados y sin observación del personal.

Las señoras voluntarias que acudieron ese día repartieron regalos a los cumpleaños del mes. Los regalos estaban envueltos en bolsas de plástico transparente: un rollo de papel higiénico, un desodorante y una prenda íntima, además de algún accesorio como aretes o pulseras de fantasía.

Es sabido que la gran mayoría de los ancianos que residen en el asilo es población vulnerable, que carece de bienes materiales y que, antes de ingresar a la institución, a duras penas aseguraba su supervivencia. Un rollo de papel de baño o un desodorante son bien recibidos por los ancianos, porque representan un gasto que podrán ahorrarse de su pensión. Algunos ancianos incluso “hacen trampa” y dicen que nacieron en ese mes, aunque no sea cierto. Las voluntarias no confirman los datos con una lista, simplemente otorgan los obsequios.

Después de la repartición de regalos, el músico, fungiendo como maestro de ceremonias, intentó animar la reunión, preguntando a los ancianos cuántos años cumplían.

Ellos respondían cifras variadas, y él exclamaba que no les creía. Algunos rieron.

El maestro de ceremonias continuó su intervención, invitó a que alguien se animara a cantar una canción. Nadie se atrevió, entonces él comenzó a cantar Metro, de Chava Flores. Olvidó la letra y las señoras lo ayudaron a continuar. Después cantó la de Cleto. Recibió muchos aplausos.

El equipo de sonido tocó música de fiesta: cumbia, baladas y rancheras. Enfermeros y demás personal repartieron los pedazos de pastel. Cuando llegó la hora de comer todos los ancianos se dispersaron, dejando el vestíbulo sucio y desordenado. Intendencia se hizo cargo. Una de las señoras que estuvieron presentes desde el inicio de la fiesta fue Gregoria¹⁰⁹, una anciana con un proceso de demencia muy avanzado. Platiqué con ella en varias ocasiones y la entrevisté sobre su concepción de vejez. Quise conocer todo tipo de posturas, tanto la de aquellos ancianos lúcidos, enteros, sanos y fuertes, como el de aquellas personas confundidas a medias, como Malena, y finalmente el caso de ancianas con un padecimiento senil notorio, como Gregoria y Soledad.

Aunque padece demencia senil, Gregoria afirma que su salud es intachable y no se considera vieja. Ella relaciona vejez con actividad; asegura que, mientras no deje de hacer cosas, la vejez no llegará.

De salud estoy bien. De todo estoy perfectamente. Yo no [me considero vieja], porque hago todas mis cosas, lo que quiera hacer: barrer, tender mi cama y, cuando vamos a comer, recoger los cubiertos y todo. Porque como siempre estoy acostumbrada de trabajar, mi cuerpo ya está hecho a eso. Mientras yo pueda

¹⁰⁹ Gregoria es una señora pequeña, muy delgada y de pelo rizado, completamente blanco, que disfruta mucho de irse a sentar al jardín a tomar el sol. Su confusión es tan grande, que no puede recordar su edad ni en qué año nació. Tuvimos que buscar su tarjeta de residente para descubrir que nació en 1918 y que vive en el asilo desde el 2005. La mayoría del tiempo no recuerda dónde vivía antes del Mundet. Sabe que en este país, aunque ella no es originaria de la Ciudad de México. Otros días sí es capaz de recordar que su casa estaba en la colonia Ejército Nacional. En ocasiones puede recordar que de niña creció en San Luis Potosí, en un rancho en zona cafetalera. Llegó al Mundet porque ahí la llevaron sus sobrinos. Ella trabajaba en una fábrica de calzado, en la Ciudad de México. No tuvo hijos, pero estuvo casada durante muchos años.

hacerlo, sí, porque ni enferma así, como no sean pues gripas, pues. Todo mundo, cuando hay gripas se enferma de gripas. Un té en la noche, una aspirina, y a dormir. Nada. Nada, nada, nada. Si yo, desde que me operaron, yo volví a hacer mi vida normal, tal como la hacen todas las personas que están bien de salud. Yo estoy bien. ¿Ya qué me preocupa? No me duele nada. Yo camino perfectamente bien. Cuando tenía la vesícula biliar no podía caminar bien. Ahorita ya camino derecha, mi paso normal. No, no, de nada me siento mal. Ni vieja me siento yo. Yo hago mi quehacer normalmente, nada me duele, nada me estorba, nada. De alimento, cuando voy a comer, como con hambre, lo que me den. Luego me dan un pedacito de pollo así, con un montón de yerba, y eso es lo que no me gusta. Yo no me siento mal, a mí no me preocupa. No me siento mal. Es que yo he sido de familia muy juerte... Yo me siento bien. Mientras a mí no me duela nada, yo me siento bien [...] Y contenta. Si no, no haría nada. Agarro mi escoba y ahí ando juntando todo, limpio las mesas y todo. Ah, porque este [jardín] es el campo de las palomas, que hacen un suciadero las condenadas animales¹¹⁰.

No le gusta ir a los talleres que organiza el asilo porque considera que es trabajar para otros. No obstante, sí reconoce que necesita mantenerse ocupada y activa.

Ya necesito también muchas veces hacer algo para ponerme atención y pasar el rato. No por obligación, que me obliguen a hacer algo. Entretenirme y esas cosas [...] Yo agarro mi escoba y me vengo a barrer, barre y barre, mi basura y limpio las mesas, y ahí ando. Y ahí me asoleo.¹¹¹

Le pregunto la diferencia entre juventud y vejez:

Pues la juventud tiene, va creciendo, y la vejez ya qué, ya en lugar de crecer se va achicando. Nomás esperando la hora. Yo he trabajado mucho, mucho, mucho. Pues en la juventud, naturalmente, pero pues yo como estuve acostumbrada a trabajar, pues para mí no hubo una infancia. Todo porque fuimos cinco de familia, así que. Y luego un hijo de mi abuelito que se lo llevó su esposa y mi abuelito va y le quita al niño, entonces se lo trae a mi mamá, ¿y mi mamá qué hacía con él?¹¹²

Se compara con los demás residentes del asilo.

Hace poco se murió un señor grandote. Muchos señores que han fallecido están viejitos y se sienten ya enfermos. Yo estoy viejita, cómo no voy a estar viejita. Bueno, yo no, porque no estoy enferma, pero, como le digo, como no me siento

¹¹⁰ Entrevista en profundidad a Gregoria, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

¹¹¹ *Ibídem*.

¹¹² *Ibídem*.

enferma [...] Y como sigo haciendo mis cosas normalmente. Que dan el desayuno, pues voy a desayunar. Que después dan la comida, pues voy a comer. Y lo que me den, eso como. Nada de Ay, eso no me gusta, y eso [...] Sí, a mí sí [me gusta vivir aquí], por tranquilo. Sobre todo del tránsito. Ay, como yo vivía por el... no me acuerdo cómo se llama, donde está la estación del mexicano. Ay, Santo Dios, cuando llegaba: Pu pu pu y Chacachaca, ay, no, ya llegaba el tren. Luego ya salía otro, e igual: Pu pu pu. Ay, Santo Dios, qué escándalo de trenes, qué escándalo, se me iba el sueño...¹¹³

Gregoria hace distinción entre *estar* vieja y *sentirse* vieja.

Ya estoy muy vieja. Claro, ¡pues con esos años! Yo me siento bien, perfectamente bien. Sí, no es que me duela o: Ay, que me siento floja. No. Luego, muchas veces no hago las cosas porque hay mucha gente que especialmente hace las cosas, por ejemplo, y luego yo que las tenga que hacer. Así que otras vienen a ganar y otras son las que trabajan. Yo he trabajado mucho, mucho, aquí especialmente he trabajado yo mucho en fábricas donde se fabrica el calzado. Desde luego que lo que puedo hacer, lo hago muy tranquilamente. Pero otra manera en que me considera viejita, pues, ay, no eso yo no lo puedo hacer, no lo hago porque no puedo hacerlo, ya no.¹¹⁴

Gregoria creció rodeada de animales, en el rancho. Le gusta hablar de la granja, del campo, de cómo cuidar a los cochinos. Actualmente los únicos animales con los que convive son los gatos del asilo. Ella no los molesta, le gusta acompañarlos. Ella asegura que los gatos viven bien ahí.

Los gatos del asilo son respetados y en cierta forma admirados por gran parte de los ancianos. A muchos les gusta salir al jardín y verlos, acariciarlos, si se dejan. Pero la persona que más interactúa con ellos y quien se hace responsable de su alimentación y cuidado, es Soledad¹¹⁵. De hecho, algunos residentes se refieren a ella como “la señora de los gatos”.

¹¹³ *Ibidem.*

¹¹⁴ *Ibidem.*

¹¹⁵ Soledad es una mujer fuerte, alta, musculosa y delgada. Usa el pelo corto, gris. Viste de manera estrafalaria, con telas de muchos colores, una sudadera deportiva raída y tenis viejos y rotos. Presumiblemente tiene setenta y seis años. Habla sola. Padece un tipo de demencia que no es propiamente demencia senil, sino una condición previa. Al conversar con ella, de inmediato salta a la vista su confusión extrema. Ella confiesa rápidamente que antes de vivir en el asilo estuvo internada en un psiquiátrico. Sus recuerdos son un caos, pero

Soledad asiste al taller de costura. Me tocó verla bordando unos calzones rosados, y también un gorrito azul con el que vistió a un *nenuco* que tienen en el taller. Es distraída, y su carácter peculiar incomoda a las demás participantes del taller. Entra y sale del cuarto, hace escándalo, interrumpe.

Al preguntarle su edad, casi siempre contesta en automático: “¡Cincuenta y cinco!” Pero si luego le pregunto en qué año nació, contesta que en 1933. “Entonces tiene setenta y seis”, le informo. “¿A poco? ¡Ah!”¹¹⁶

A la pregunta de cómo vive la vejez, responde:

*Triste. Porque yo vengo de la calle, de con los niños de la calle. De milagro, me dejaron entrar y los niños andan todavía jugando en la calle. Porque los niños, me da tristeza que ellos no tienen dónde dormir. Yo dormía con ellos en la Barranca del Muerto, me trajeron pacá y a ellos los dejaron ahí, solitos, abandonados. No, no permiten aquí niños. Pero yo no estoy viejita. Por eso estoy en la gloria, porque no me han corrido. Si no me voy otra vez a la calle, con los niños, a dormir en las puertas.*¹¹⁷

Soledad prefiere dormir en el lado de la enfermería, no en el dormitorio que le corresponde. Dice que las señoras de las salas son quisquillosas.

*Se enojan: No prendas la luz, no hagas ruido, no vayas al baño. Me encabrona. Y se cagan y se mean en la cama, porque no las dejan ir al baño. Esa [señalando a Gregoria] tampoco tiene qué hacer, ni trabaja. Bonito descanso. Vivimos bien, bastante bien.*¹¹⁸

Algunos días está tan confundida que no logra recordar ni su apellido. Otros días lo dice

más o menos alcanza a recordar que vivía en la calle. También recuerda que de niña tenía piojos, se rascaba la cabeza y se sacaba sangre. A veces cuenta que sus papás la metieron a un colegio de monjas donde aprendió a leer, escribir y dibujar. Estudió hasta cuarto año, porque no había sexto. Recuerda que antes de vivir en el asilo vivía en un cuarto de azotea, de donde la corrieron porque iban a hacer departamentos de lujo. Al ser desalojada, Soledad fue a ver a una hermana suya, quien la internó en el psiquiátrico. Ahí le gustó porque le daban de comer.

¹¹⁶ Entrevista a Soledad, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ibidem*.

de inmediato. No tiene acta de nacimiento. Toma las pastillas que le recetaron los médicos, por eso se mantiene estable, no errática como cuando vivía en la calle y se dañaba a sí misma. Se siente bien, dentro de lo que cabe, no se lamenta por el presente sino por el pasado. Dice que está muy bien el asilo, le gusta vivir ahí.

El taller de costura, bordado y otras manualidades, al que asiste Soledad, es uno de los mejor estructurados. La instructora es puntual, el taller comienza a tiempo. Asiste una media de veinte señoras y de vez en cuando algún señor. La institución provee los materiales, y los objetos que se manufacturan ahí se ponen a la venta en la mini-tiendita del asilo, una pared habilitada con este fin. La tiendita no tiene muchas ventas, debido quizá a que se encuentra al interior de la institución, y como hemos mencionado antes, acceder al asilo desde afuera es complicado.

Los objetos que están a la venta generan ganancias mínimas. Su costo está muy por debajo del mercado real¹¹⁹. El dinero obtenido se utiliza para comprar más materiales y también una parte se le otorga a las ancianas. Este taller opera de manera similar a los clubes de la tercera edad organizados por el Inapam en todo el país. Igual que en aquellos, con frecuencia hay convivios: gelatina o pastel para las asistentes.

En el taller de costura conocí a la señora Alicia¹²⁰. Ella es de las participantes más

¹¹⁹ Por ejemplo: una bufanda de estambre, tejida a mano, cuesta alrededor de sesenta pesos.

¹²⁰ Alicia es una señora de ochenta y un años que aparenta mucha menor edad, sobre todo al comparar su estado físico con el de otras señoras del asilo. Ella todavía conserva masa muscular y una posición erguida, por lo menos al estar sentada. Goza de buena salud. Usa el pelo corto, canoso. Viste elegantemente, suéteres y pantalones combinados, y un poco de joyería. Vive en el asilo Mundet desde hace ocho meses, casi nueve. Llegó al Mundet cuando se murieron las personas que se encargaba de ella: su yerno y más tarde su hija. Su yerno murió a causa de un infarto, después de trabajar sesenta años en la empresa Philips. Era de la misma edad que Alicia. La hija de Alicia, que era veinte años menor que su esposo, murió de lupus. Cuando Alicia se vio en la necesidad de mudarse a un asilo, recordó que tenía unos primos que internaron en el Mundet a su nana, ese lugar le pareció adecuado. No contaba con ninguna pensión más que el apoyo a tercera edad que otorga el GDF. Tampoco contaba con bienes materiales; se dio cuenta de que no podría mantenerse sola. El carácter de Alicia es estricto. Es una persona con un nivel educativo más alto que el promedio del asilo, aun a pesar de no contar con educación formal. Lee varias horas al día. Actualmente está estudiando la secundaria, con una maestra voluntaria que acude

activas, nunca falta a las sesiones.

A la pregunta de cómo percibe la vejez, Alicia responde:

Pues me siento privilegiada porque todavía, a pesar de lo que tengo, camino con mucho trabajo, sobrevivo. Sí soy hipertensa, tengo úlcera en el estómago, pero pues yo me siento bien. Usted ve, aquí, casa, comida, servicio médico, todavía tiene uno ropa para vestirse, zapatos para poder caminar, qué más quiere uno. Lo llevan a uno hasta a paseos [...] lo llevan a uno al cine. Lo llevan a paseos. Yo acepto siempre cuando no se trate de caminar, porque ya ve que no puedo¹²¹.

Alicia intenta mantener sus hábitos, su estilo de vida. A pesar del duelo que sobrelleva tras la muerte de su hija, es una persona lúcida, con metas y claridad de pensamiento. Puede salir del asilo acompañada de su hermana, que es su responsable. Se considera vieja.

Una anciana. Como nos dicen: de la tercera edad [...] Ya personas que ya somos, que ya tenemos ciertas limitaciones físicas, mentales, cómo le dicen a esto, materiales, de las tres.” Aunque también piensa que ser viejo es relativo. “Sí. Sí, mientras sea uno, menos económicamente, autosuficiente, pues está uno del otro lado. Además mire, si tomamos en cuenta toda la gente que hay fuera que se está muriendo de hambre en todo el mundo, aquí estamos en Jauja, ¿o no? Debemos sentirnos privilegiados de contar con casa, comida, servicio médico, distracciones, todo eso. Cuánta gente no daría por tener, mire.¹²²

Al compararse con sus compañeros residentes, Alicia muestra su admiración ante el modo en que algunas personas llevan su vejez.

Yo considero que yo, por lo menos, estoy bien. Por ejemplo, mi compañera que es, somos compañeras de dormitorio, Engracia y yo, somos de la sala cinco. Para mí esa mujer es notable, cuenta con una sola mano. Engracia [...] Una sola mano tiene y con esa hace mire, esas cositas de papel [señala unas manualidades del taller], tiende su cama sola, se baña sola. Yo me sentía, uy, que estaba más mal, pero desde que la conozco...¹²³

Alicia cree que una de las principales diferencias entre juventud y vejez es la pérdida de

al asilo a regularizar a los residentes que quieran estudiar.

¹²¹ Entrevista en profundidad a Alicia, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ibidem*.

memoria.

Ya ve, esa terrible enfermedad de que uno empieza a perder la memoria. Esa es una de las más, de las diferencias, de las más significativas, más marcadas. Que empieza uno a perder la memoria, yo empecé a perder la memoria. En cambio yo tengo una memoria privilegiada, porque le quiero decir que ya me sé los nombres de muchas de las compañeras, de todo el personal médico, de todo el personal de gericultura, de los teléfonos de mis hermanas, todo. [...] Tengo muy buena memoria y soy muy buena fisonomista. Si veo una cara, ya no se me olvida. Ni el nombre ni la cara.¹²⁴

Alicia opina que la juventud es egoísta.

No, pues uno, mire, de joven es muy egoísta, es la verdad. Hay que aceptarlo. Uno cree que no va a llegar a esta edad. Y entonces empieza uno, por ejemplo, ya le suceden a uno cosas. Afortunadamente, porque yo ya no puedo ni abordar el metro, sólo el metrobús, es el único [...] Siempre me han dado el asiento, pero cuando empezaron a no hacerlo, a pesar de verme así, yo nada más les decía: Ya llegarán a mi edad, ya llegarán a viejos, a ver. No me decían nada. Algunas veces, de mala gana, me cedían el asiento, pero, este, pero casi no. [Los jóvenes] creen que van a ser... Uno también fue así, hay que reconocerlo. Que uno va a vivir eternamente. No, no es cierto. A todos nos va a llegar la vejez y la muerte. [La juventud actual es] en primer lugar, muy floja, perezosa y muy egoísta.¹²⁵

Alicia profesa la religión católica, pero desde su ingreso al asilo ella manifestó que solo acudiría a misa los domingos. No le gusta rezar diariamente. En cambio, hay algunas señoras a las que sí les gusta y aprovechan la oportunidad.

El asilo tiene una pequeña capilla, al fondo de los dormitorios de mujeres. Este espacio originalmente era ocupado por un solar, pero en 1980 lo acondicionaron como capilla. Los domingos un sacerdote oficia misa, de modo que los ancianos pueden recibir la homilía como acostumbraban en sus lugares de origen. El protocolo en estos eventos es el acostumbrado, no hay nada especial. El sacerdote también acude a officiar el velorio cuando hay alguna defunción en el asilo.

¹²⁴ *Ibidem.*

¹²⁵ *Ibidem.*

Entre semana un grupo de señoras voluntarias acude regularmente al asilo a leer fragmentos de los Testamentos. También acuden en ocasiones especiales: celebraciones o días feriados. Acompañan a las ancianas que así lo deseen, a profesar su fe. Generalmente son tres o cuatro señoras, pero en alguna ocasión fueron hasta seis.

En la capilla, conectan un aparato de sonido. Las sesiones casi siempre comienzan con una o dos canciones religiosas. No alabanzas propiamente, sino canciones de género pop balada, dedicadas a Dios. Después, se realizan algunos rezos y al final alguna de las voluntarias lee un pasaje del Nuevo Testamento y lo analizan. La batuta generalmente la lleva una de ellas, pero se apoya mucho en las demás y en menor medida en las intervenciones de los residentes. La actitud de los ancianos es de pasividad, se limitan a obedecer las indicaciones que reciben.

En alguna ocasión, las voluntarias acudieron al asilo para celebrar los treinta años de servicio de una de las enfermeras. Esa celebración resultó memorable porque la lectura del Evangelio que eligieron para aquel día correspondía a la historia de Sara, Abraham, Isaac, Agar y su hijo Ismael. Al terminar la lectura, la coordinadora preguntó si alguno de los asistentes, al igual que Abraham, ya había rebasado el siglo. Los ancianos dijeron nombres, de personas que estaban ausentes. Luego, la misma coordinadora explicó que Abraham era un viejo de cien años cuando embarazó a su esposa Sara.

Nada es imposible para Dios. Mañana no sabemos qué es de nosotros y qué vamos a hacer, pero también dejamos huella en los demás, en lo que hicimos y en lo que hacemos. Nadie es indispensable en esta tierra, solo Dios es indispensable. Todo pasa. Debemos ocuparnos de la huella que dejamos en el mundo. La vida sigue, y va a seguir sin nosotros ¹²⁶.

Algo digno de reconocer es que estas voluntarias tienen una facilidad didáctica mucho más notable que la de algunos de los profesionales del asilo y su lectura posterior reflexión

¹²⁶ Lectura del Testamento, asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

sobre los sermones es bastante buena. Combinan lecturas de proverbios y poemas religiosos, alabanzas y oraciones variadas, con pensamientos que buscan incitar a la reflexión. Llama la atención que se refieren a los ancianos como “ancianitos”. Algunas frases están cargadas de un tinte de despedida, como las referidas anteriormente.

Al final de cada sesión, se pide a Dios por la salud y la paz. Son notables las peticiones y ruegos de algunos ancianos, alguien pide por sus seres queridos: “por mis padres”, “por mi familia”, “por los niños”; pero de vez en cuando alguien pide “que ya no haya más secuestros”, “por los que no tienen trabajo”, “por los bebés quemados en Sonora”, “por la patria”. Una de las voluntarias agrega: “Para que los cristianos de Medio Oriente puedan vivir su fe en paz”. Algo curioso es que las voluntarias se untan gel antibacterial en las manos cada diez minutos.

De entre las residentes católicas, sobresale Hilaria. Es una persona muy devota. En su cama tiene acomodados cuadros de santos y constantemente agradece a “sus benditos” por los favores recibidos: salud y la posibilidad de vivir en el asilo.

Hilaria¹²⁷ fue una de las pocas personas con las que conversé en diferentes lugares del asilo. Casi todos mis entrevistados tenían una rutina establecida: pasaban la mañana completa en el jardín o se sentaban en el solar toda la tarde. A Hilaria, por el contrario, se le podía encontrar en el jardín, en el patio, en el salón comunitario, en la capilla o en su dormitorio. Le gustaba caminar por todo el asilo, a veces sin rumbo fijo.

¹²⁷ Hilaria es una anciana de noventa años. Diminuta, de pelo largo, totalmente blanco. Ha sufrido mala salud en tiempos recientes: hace como un año se cayó. Sin contar con educación formal, trabajó quince años en el comedor del canal cinco; ahí, un cajero de Televisa le enseñó a leer, escribir y contar. Antes de vivir en el Mundet, vivía en Mixcoac. Un día estaba sentada en una banca del parque, enfrente de Gigante, cuando se le acercó una señora desconocida. Esta señora la invitó a vivir a su casa, con sus hijos e hijas, ahí mismo en Mixcoac. La señora conocía el asilo Mundet. Le platicó a Hilaria sobre el lugar y ella decidió solicitar estancia ahí, por propia voluntad y sin avisar a sus familiares. Nunca se casó ni tuvo hijos, pero sí cuenta con familia extendida.

Lo que más le gusta a Hilaria es conversar sobre la época en la que, siendo joven, trabajó en Televisa: presume de las celebridades que conoció, de los bailes a los que acudía cada fin de semana. Le pregunto si cuando era joven pensaba en cómo sería su vejez.

No, no, no pensaba en nada de eso. No, porque pues cerrado uno en aquel tiempo. No era la bisbiringuez de ahora. Pues sí que ahora todo se aprende. Que la cabeza, que los ojos. Yo me hice una base una vez a escondidas, ¡para estar china! Y pues todo eso no los teníamos alerta, si no que puro escondidete con el papá. Pero no, nunca me pensaba cómo fuera a ser yo. Porque no, no, nada de adelanto. Entonces no nos pensábamos tal o cual fuéramos a ser o cómo. No, no, nada de eso. A seguir la vida como la veníamos tomando. [Cuando me mudé al asilo] yo no me sentía vieja; estaba. Yo todavía iba a trabajar, pero ya no es nunca igual a la juventud. Pero nunca, uy, no. Me sentía necesitada, pero viejita no, porque no puede uno trabajar en cualquier trabajo; ahora sí, ya, cansada, irresponsable [sic]. Yo fui muy responsable en mis trabajos. Y la tarjeta [del GDF] se la dan a uno para que uno descanse. Para mí mi vida ha sido muy bonita. A pesar de sufrir, porque trabajando se sufre. O lo hace usted o lo hace porque le están pagando. No es como aquí que le dicen a uno Cultive su buró, téngalo limpio, su ropa, porque la cama no la arreglamos pero tiene uno que cuidarla. Y en su casa de uno pues, trabajando.¹²⁸

Hilaria cree que la vejez se nota en el cuerpo; asegura que ella no percibió que estaba envejeciendo sino hasta que dejó de pintarse el pelo.

Bueno, cuando ya siente uno. Ya dice uno: Ay, ya me cansé, ay, me duele aquí, ay, me duele acá. Aunque sea un huesito o algo, que no sea uno enfermiza, que no sea uno enfermiza, pero ya, ya es otra etapa donde ya dice uno: Ya estoy vieja. Porque como yo seguía trabajando allá donde trabajé los últimos años, y acá trabajaba yo, donde yo estuve, no crea que me tenían de balde, no, trabajaba yo también. Y hacía yo mi comida y comía yo a muy buena hora y le guardaba yo un taquito a la señora y ella me guardaba uno porque ella es vegetariana. Cuando ya estuve aquí, porque yo aquí llegué con el pelo pintado y chinito, cuando me caí ya y que no me pintaba el pelo, ay, no, cómo, no, no. Pero ya no me lo pude pintar porque en primera, es una rutina. También me hacía daño a los ojos. [Hace seña de dinero] Y aquí no le dan a uno dinero. ¿Y sabe cómo no quiero estar? [Señala a otras residentes] Que les cortan el cabello hasta acá arriba. Yo no quiero. Ya lo traje más largo, pero como tengo mucho, me pesa mucho, me acalora. Me lo acaban de cortar hace un tiempo. Para mí nada más. Porque era lo mismo, yo como igual: poquito. Soy muy antojadiza. Ah, y me gusta mucho la nieve, ¡ay, la nieve!, me fascina. La fruta. Yo tengo mi fruta aquí en el cajón. De la que le dan a uno, pues

¹²⁸ Entrevista en profundidad a Hilaria, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

uno: A mí me gusta esto y esto. Me voy guardando y así. Era yo muy galletera, pero ya no. Ya se me ha ido. Yo sola, me he ido alejando eso. ¿Sabe cuántos kilos bajé? Cuando me empecé a enfermar. Veinte kilos. Desde que me caí. Porque yo vine en cincuenta y ocho kilos y entonces pues para, como me hicieron reconocimiento general, pesaba yo treinta y ocho. Veinte kilos. [...] Ahora cuarenta y cuatro, ya, ya subí, he ido subiendo¹²⁹.

Hilaria también nota los cambios en los demás residentes, no solo en ella misma.

Ay, fíjese qué chistoso. Cuando yo llegué, todavía me queda el sollozo: Ay, Fulanito, ay, Fulanito, ay, qué barbaridad. Y doy mil gracias a mis benditos, mil gracias, que nos haigan [sic] permitido tener a mamá en la casa, con doctor de casa y todo, no llegar a un extremo de estos. Con ser de que no sufre uno, porque aquí hay mucho de comer, mucho de vestir, calzar, bueno, con la tarjeta. Pero entonces por eso uno sufre por la gente, porque toda la gente de aquí tiene familiares, pero uno dice: Ay, qué bueno que mi mamá no pasó de esto. Como cuando les gana del baño, que ya están viejitas y que las van a bañar a deshoras. Todo eso. Lo nota usted en que las ve y están decaídas y dicen: Ay esto, ay, lo otro. O las que están más malas también, que están en enfermería. Se afligen. Hay una que acaba de entrar, pobrecita, mire. No come bien, no puede masticar. La vinieron a dejar aquí. Dice ella, no sé si sea familiar y esposa, o, algo, pero dice que la vinieron a dejar aquí y acaba de entrar hace unos días. Ahora ya se la llevaron a los poquitos días a enfermería porque se enfermó del estómago o la trajeron [enferma], y no quiere comer. Otra vez ya se la llevaron. Quién sabe. No le digo, pues cada quién. Porque sabrán cómo las trajeron, por qué las trajeron. Porque ya uno de abuelita, ya en su casa no la quieren. Cuando no le apestan los oídos, le apesta la boca; cuando no, los pies. Y ya no puede hacer nada, ya no, ya no se granjea. Granjear es que le den de comer a usted haciéndolo su familia pero que usted ya hizo algo.¹³⁰

Para Hilaria la vejez significa una acumulación de años, pero también cargada de apreciaciones subjetivas:

Que ya pasaron muchos años. Noventa años, caray. Sí, no la he sentido. Mejor dicho. [...] Yo no me siento viejita. [...] Pues me siento bien, más ahora que no me había caído. Sí, por ejemplo, usted no se siente abuelita. Digo ya creciendo uno no se siente uno abuelito. Ni tan tonto, ni tan dejado. Ni tan flojo. Todo lo bueno. [...] Permite uno que todo le regrese a uno lo de antes, de su juventud. Lo siente uno.¹³¹

¹²⁹ *Ibídem.*

¹³⁰ *Ibídem.*

¹³¹ *Ibídem.*

Un día, quiso mostrarme una foto, pero recordó que ya no la tenía.

Me consideré que salí muy bien [en la foto]. Bueno, siempre cuando está uno joven, siempre. Más o menos, digo, a como es uno, pero siempre sale uno bien. Ya después es otra etapa en todos los aspectos. Le cambia a uno el rostro, le cambia hasta el color. Porque yo era mucho muy morena, [...] me decían 'la negrita' mis papás. Entonces pues de todos modos, el pelo lo traía yo bien acomodado, pintado de negro. Siempre lo traje, no negro, sino castaño oscuro.¹³²

Hilaria constantemente refiere a sus santos y ángeles. Otra de las residentes más devotas del asilo es Gloria¹³³, una anciana muy afectada por la demencia senil. Gloria no falta a las misas ni a los rezos. Además, al igual que Hilaria, incluye en su habla cotidiana muchos agradecimientos a Dios. Principalmente, le agradece por permitirle vivir en el asilo.

A Gloria la vejez le parece triste, pero ella no se considera vieja.

La vejez, no, pues la vejez a mí se me hace muy triste, mi reina. Luego ya cuando hay muchas personas... por ejemplo: no sé, nomás que no lo conocí, lo vi varias veces, estaba en la enfermería, un señor que le faltaba la pierna y este, precisamente se lo llevaron porque lo trajeron aquí a la enfermería, ahí lo velaron y ahora a la mañana se lo llevaron bien temprano. Y me quiso mucho ese viejito, ay, yo hasta le lloré. Ay señora, no le llore, mejor récele. Sí, le voy a rezar y le voy a prender una veladora. Haga mejor eso, pero ya no llore. ¿Cómo se llama? Usted sufre mucho. Se encariña mucho con la persona y si la persona se va, pobrecita. Si se va y luego ya no la viene a ver, la extraña... No, todavía no [me siento vieja]. Tengo... Todavía no. Me siento todavía joven, tengo setenta años. Ya cuando tenga cien, ochenta, pos entonces sí ya, mi vida linda [...] La diferencia de la juventud a la vejez... Ay, te la dejo, ésa es muy triste, mi vida, la juventud pues es todo un amor, tú no te preocupas por nada, por si se te olvidó dinero, si te robaron algo... No, todo es muy, muy, muy diferente, muy, muy, muy, muy, muy bonito... [es más un

¹³² *Ibíd.*

¹³³ Gloria es una anciana muy deteriorada tanto física como mentalmente. Su postura es muy encorvada. Usa el pelo corto, aunque da la impresión de que ella no decide su aspecto. Siempre trae la misma chamarra, de tela polar con diseño de falsa franela. Su confusión es tan grande, que le es imposible sostener un diálogo coherente. Su razonamiento es muy caótico. Me dijo que había vivido en la colonia Alfonso XIII. En otra ocasión dijo que en la colonia Álamos. Es posible que se tratara de la calle Alfonso XIII en la colonia Álamos, cerca de Calzada de Tlalpan. La historia de Gloria solo se puede armar a través de varias conversaciones. Su madre la abandonó en el hospital al nacer, y la doctora que se encargó del parto la adoptó. La crio como su hija propia, pero las hermanastras de Gloria no la querían y la maltrataban. La madre de Gloria fue quien gestionó su ingreso al asilo. Se entiende que Gloria ya presentaba signos de demencia senil y su madre decidió internarla, por miedo a dejarla desamparada al morir. Falleció al poco tiempo y desde entonces nadie visita a Gloria con frecuencia. Gloria nunca se casó ni tuvo hijos.

tartamudeo que un énfasis]. *La vejez, no, pues es muy triste ya no ver a tu persona querida, que querías.*¹³⁴

Gloria afirma que la vejez es triste, a diferencia de la juventud.

*Pues la juventud es preciosa, mi reina linda, y la vejez ya es muy triste, mi reinita linda, ya no es igual, ya no tienes la actividad de antes, ya no, mamita linda: tienes que atender [sic] una persona que te haga el favor de hacerte un favor de llevarte a un sitio porque ya tú no puedes caminar. Sí, mi vida. Pero la vida es preciosa, aunque esté uno grande, mientras que Dios te permita vivir más años, hay que gozar la vida, chiquita linda. La vejez es muy triste, mi vida linda. Estás, ora sí por decir así, atendida a que te hagan un favor: de que te lleven a algún sitio o que te hagan el favor de vestirme, mi vida. Tú ya no lo puedes hacer. Ya no era como antes que tú te vestías y te arreglabas. La vejez pues es muy triste porque tienes que estar, este, atendida a las personas que te puedan hacer el favor de ayudarte, mi vida, sí, mi vida linda. Pues en la vejez, este, me refiero a que es muy triste, mi vida. Y la juventud no, porque es puro alegría, pura juventud, puro muy preciosa, que no te digan de nada*¹³⁵.

Dice que quizás comenzará a sentirse vieja más adelante:

*Pues ya cuando menos cuando tenga yo los ochenta y siete años, en la, en la vejez... en la vejez no. En la juventud. Sí, mi vida, todavía me considero joven. Pues yo cuando esté más grande, quién sabe. ¿Sabes qué? A la mejor. ¿Sabes qué, mamita? Ya va a cambiar mi carácter. Porque ya estoy grande. Ora sí como por decir así, mi vida, voy a estar atendida a que la persona me haga el favor de ayudarme*¹³⁶.

Al hablar con residentes que, como Gloria, agradecen la oportunidad de vivir en el asilo, casi siempre emergen a conversación los convivios, que la mayoría disfruta. Esta ruptura de la cotidianidad tiene un papel significativo. Para algunos ancianos, es su único momento de socialización o la única ocasión en la que se permiten divertirse. La gran mayoría de los residentes no mantiene hábitos de ocio: dedican su tiempo libre a actividades que no les causan placer genuino u optan por el aburrimiento simple y llano.

¹³⁴ Entrevista a Gloria, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ibidem*.

Para la celebración del día del padre, a mediados de junio. Hubo una comida para los residentes varones, con música y regalos. Esto ocasionó una gran molestia entre algunas de las residentes, no solo porque no fueron invitadas sino porque además no se les permitió el acceso al vestíbulo, a pesar de que lo solicitaron explícitamente. Tuvieron que ser escoltadas fuera del lugar y conducidas a sus dormitorios o a otros espacios. Escuché a algunas señoras quejarse, enojadas y ofendidas.

Con frecuencia también se llevan a cabo espectáculos y funciones que buscan educar o entretener a los ancianos. Como el asilo Mundet es grande y respetado, muchas asociaciones establecen convenios de colaboración interinstitucional. Hemos hablado de los alumnos lasallistas de bachillerato, que una vez al mes acuden a platicar con los ancianos, o del voluntariado religioso que oficia misa y lecturas del Evangelio. Hay también otro tipo de espectáculos variados, imposibles de catalogar: funciones de payasos, de teatro, de cuentacuentos...

En una ocasión, las niñas del internado Patronato Francisco Méndez representaron una obra que montaron en su taller de teatro. De nombre “Una puerta siempre abierta”, contaba la fundación de su internado. Una de las niñas me dijo que era la primera vez que iban al asilo¹³⁷. Durante la obra, dos residentes del asilo se pelearon a gritos y las enfermeras tuvieron que intervenir.

Al terminar la obra, la maestra de teatro accedió a leer un poema que le dio una de las internas. Era un poema que la misma señora había leído anteriormente, en la sesión de

¹³⁷ El internado Patronato Francisco Méndez es un albergue para niñas desamparadas, en donde reciben educación. En esta ocasión fueron once alumnas, acompañadas de su maestra de teatro y de su maestro de coro. Antes de comenzar la obra, una de las niñas se salió del vestíbulo y otra le preguntó por qué se iba. “Huele mucho ahí adentro, a medicina”, respondió. La obra comenzó con una pieza de Tchaikovsky. Duró alrededor de una hora. Las alumnas olvidaban sus diálogos constantemente, y la maestra les susurraba las líneas, sentada a un costado. La obra tuvo un tinte político al final, en el que fue posible entrever que su fundación ha recibido críticas basadas en evasión fiscal y en explotación infantil.

lecturas católicas.

Dado que los sucesos que rompen la rutina son escasos, y la cotidianidad suele ser de pesadez y aburrimiento para muchos, cualquier suceso que salga de lo común es generalmente bien recibido por los ancianos. Un día de invierno llegué al asilo y me encontré con que todos hablaban de “un choque”. Resultó que en la madrugada, un automóvil se había impactado contra un semáforo en la avenida Revolución, provocando destrozos y mucho ruido. Varios ancianos se despertaron, el personal se movilizó... fue un pequeño caos por algunos momentos. Los residentes pasaron gran parte de la mañana comparando informaciones: qué escucharon, qué rumores había, cuáles eran sus hipótesis.

Una de las señoras que me encontré la mañana del choque fue a Teresa¹³⁸. Tere disfruta mucho platicar, aprovecha cualquier excusa. A pesar de que sus hijas acuden al asilo a verla, e incluso la llevan de paseo, no lo hacen con la frecuencia que ella desearía. Intenta ser comprensiva, pero los fines de semana que no recibe visitas se fastidia y anda de mal humor. Dice que desde que está en el Mundet, ha comenzado a fallar su memoria: a veces no sabe cómo se llama el asilo, ni dónde viven sus hijas. O recuerda los nombres de sus hijas, pero no los de sus nietos.

¹³⁸ Tere tiene sesenta y siete años. Es una señora relativamente joven, en excelente estado de salud, de carácter fuerte y lúcido. Es una señora conversadora y amena, interesante, ligeramente malhablada. Viste con cierta elegancia, aunque no con formalidad. Es una señora muy limpia, agradable. Nació en la ciudad de México, de padre cubano y madre veracruzana. Dos de sus hermanos mayores nacieron en Veracruz, pero fallecieron. Ella y el resto de sus hermanos se criaron en la colonia Guerrero. Sus hermanos están vivos, cada quien tiene su propia casa y familia. Según Tere, a ellos no les gustó su decisión de mudarse al Mundet. Ella tomó esa decisión después de la muerte de su esposo. Primero intentó vivir durante un tiempo con sus hijas, pero percibió cierta molestia de parte de ellas y de sus esposos. Nadie hizo explícita esta emoción, pero a Tere algunos gestos le bastaron para tomar la resolución de irse. Les pidió a sus hijas que la ayudaran a encontrar un asilo. Intentó en el García Torres, pero no la recibieron. Fue entonces cuando recordó una anécdota de su infancia: el papá de Tere trabajaba en las cocinas de los barcos, en el puerto de Veracruz, y en algún momento le tocó atender al filántropo Arturo Mundet. Entablaron amistad y Mundet le contó al padre de Tere sobre “la casa que acababa de fundar en el DF”, es decir el asilo. Le dijo que si algún día no tenía dónde vivir, se fuera para allá: “Con mucho gusto lo recibo”. El papá de Tere contaba esa anécdota con frecuencia, así que cuando sus hijas se pusieron a buscarle un asilo, ella recordó el lugar.

Tere concibe la vejez como la etapa del descanso:

Pues ya es descansar, ya es descansar. Ya. A ver, bueno, para mí, ya es descansar y ver por mí. Yo ya terminé con mis hijas lo que tenía yo que hacer y con mi marido. Y para mí es eso, estar tranquila y ver por mí. Yo ya. Ora sí que yo no tengo que preocuparme por nada, yo ya terminé. Ya terminé con mis arañas y ya, ahora me toca a mí estar tranquila. La diferencia [con la juventud] es que ya uno debe de estar más tranquilo, no estar de pinche loca. Estar tranquilo para también no darles problemas a ustedes. Al menos eso trato yo de hacer. Ése es mi modo de ser, hija, soy media rara, pero eso es.¹³⁹

Al igual que Hilaria, notó que estaba envejeciendo cuando empezó a descuidar su aspecto.

Ay, hija, pues no, fíjate que no, hasta la fecha no, nomás vi que ya no me arreglaba como antes, que ya, pues ya era yo abuela y todo eso, y yo ya me sentí vieja, para qué decir, no, no, porque muchos [dicen]: No tengo todavía nietos, no, yo sí, hija. Soy muy... acepto todo lo que me llega, hija, lo acepto tranquila y así soy, así es mi modo. Como no soy de mucha amistad, estoy acostumbrada casi a estar sola. O sea que todo es mío y lo poco que tengo de amistades, no estarles chillando ni contarles, para nada. Bueno, soy media rara, hija, pero así soy¹⁴⁰.

Tere no le teme a la muerte. De hecho, en alguna medida anhela su llegada.

Pues sí, aunque parece que no, pero sí, porque digo no sé cómo me vaya yo a morir. Le pido tanto que ya me llame, que sé que me va a poner como camote, Diosito, pero ya quiero estar con mi mamá y mi papá. Sueño ya con estar con ellos. Yo no quiero tantos años, yo quiero ya... Ay, hija, ya sesenta y siete años, ya estoy bien jodida. Ay, hija, pues. Como ya, a nuestra edad todo te duele y de todo te quejas, pero pues ahí la llevo tranquila, hija. No, hija, por algo estoy aquí también. No, hija, ya no estoy bien, pero trato de llevarla para ni dar lástima ni nada. Digo, es mi modo de ser, para qué voy a estar chillando ahí con una y con otra, contigo. Así me ves, y esperando que Dios diga hasta cuándo, ahí vamos. Ése es mi modo de ser, hija, no me gusta estar haciendo dramas y cuando me siento mal y eso sí agarro a la licenciada, la que ve por nosotros, y con ella platico y si me siento mal o algo, pues también al doctor. Pero de ahí en fuera, trato, mira, me entretengo, a veces me salgo a caminar un rato, eso es todo.¹⁴¹

¹³⁹ *Ibídem.*

¹⁴⁰ *Ibídem.*

¹⁴¹ Entrevista en profundidad a Teresa, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

Tere no era la primera persona con ascendencia cubana con la que conversé en el asilo. Tiempo antes había conocido al señor José Francisco, cubano radicado en México desde hace varias décadas.¹⁴²

José Francisco es un hombre racional, se considera a sí mismo un humanista. Para él, la vejez es un proceso evolutivo inescapable.

*Bueno, forma parte de una... de una evolución que es una constante. Es el proceso evolutivo de la, de la vida que nos da, este, la oportunidad de irnos desarrollando. Yo quisiera pensar que tenemos hasta un libro bajo el brazo y que hoja por hoja se va cumpliendo hasta el fin de nuestra existencia. Cada día recibimos el reclamo otra vez de retirarnos de este planeta. Así que estamos en tránsito hacia un ascenso o descenso, que de acuerdo con nuestras líneas de conducta o con nuestro paso por el planeta Tierra, así ganamos ascenso. Y si no, descenso. Porque todo en la vida tiene un principio y un fin. Pero va en base, la vida planetaria de este mundo, va en base a un esfuerzo que cada humano tiene que realizar, bien sea porque la sociedad lo apoya o lo ayuda, pero tú tienes que luchar por algo, fijarte una meta. Si no, porque la meta... A ver, tienes que fijarte una meta, que es un programa de la trayectoria que va a ser tu vida presente y futuro. Porque como dijera Netzahualcóyotl: Ayer no es hoy, hoy no es mañana.*¹⁴³

Se enorgullece del buen estado de sus facultades mentales y de su memoria casi prodigiosa. Esa es, para él, la característica que lo aleja de la vejez y lo acerca a la juventud.

Bueno. La vejez es la experiencia por los años que hemos vivido, y la juventud, pues es una experiencia que se va elaborando y desarrollando, en base a éxito y no éxito, fracaso. Hay que tener fuerza, y que eso nos sirve para irnos caldeando, formando. Cuando llegas a la edad que yo tengo, si conservas parte de la memoria que yo tengo, pues puedes desenvolverte en actividades literarias, producir algo

¹⁴² José Francisco es un hombre delgado, fuerte, con una memoria envidiable y gran conversador, de voz modulada y potente. Nació en Cuba, en 1920, de padre cubano y madre mexicana. Estudió en la Escuela de Bellas Artes en La Habana, donde vivió hasta la edad madura. Llegó a México por invitación de su hermana, que vivía acá. Cuando llegó a México estaba recién divorciado, sin hijos, pero ya tenía cincuenta y seis años. Él tenía oficio de estudiante mecánico, pero no consiguió empleo. Comenzó a trabajar por su cuenta: vendiendo revistas. Acabó trabajando en Delicias 74, de vendedor. No conocía a nadie. Tuvo que empezar a relacionarse. Él y su hermana decidieron mudarse juntos al asilo Mundet hace diez años. La familia que les quedaba seguía residiendo en Cuba, y ellos no querían dejar México. Su hermana murió poco después, a causa de una enfermedad.

¹⁴³ Entrevista en profundidad a José Francisco, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2010, inédita.

para bien de los demás. Bueno, por los años que tengo, sí [soy viejo], pero por la manera de ser, no. Al contrario, noto que lo que he vivido me ha servido de mucho porque he aprendido a lo largo del tiempo, como ya te dije anteriormente, esa experiencia de los años vividos nos abre. El estado de ánimo se presenta por el estado de salud que tú tengas. Si tú eres una persona enferma, a la edad que tengo yo, no tienes deseo ni de vivir. La partida, aquí hay muchos ancianos que la necesitan y la aclaman. No la piden, la aclaman. Pero es que nosotros no venimos aquí por gusto. Nosotros traemos una misión, estamos en tránsito, porque la vida es tránsito y no fin. Tú sabes que lo mismo se acaba un joven que un anciano. Yo dije: Ya soy, ya soy, por eso yo acepté venir aquí. [...]Yo creo que mi estado, bien. Hay otros como yo, con menos edad que yo, que no reaccionan como yo contigo, que puedo sostener una conversación, una plática. Porque ya te digo, por su nivel de estudios. Porque yo no tengo... Yo tengo estudios superiores de arte, y estudié Bellas Artes y yo tengo estudios...¹⁴⁴

José Francisco se considera un hombre pleno, que no añora la juventud. Al contrario, valora la vejez y considera que es un campo que debe ser estudiado.

No, no. Ya lo pasado, pasado está. Ahora lo que hay que presentarse es al futuro. Yo pienso, pienso, pienso, y sólo hago pensar, porque yo creo que para eso Dios nos ha dado algo de conocimiento, para utilizarlo en bien de uno y de los demás. Bueno, aquí se está elaborando un sistema...no sé si es propio de aquí o es copiado, no sé, pero yo lo veo con bastante firmeza, que es el de la gerontología, ciencia dedicada al estudio de los ancianos, de lo que atañe a la ancianidad, y a quienes están. Y aquí está. Este centro, donde estás hablando conmigo aquí, lleva el número uno. Aquí, esto es como un centro donde vienen de toda la República Mexicana a formarse cuadros para la avalancha de ancianos que va a haber ya. Cada día hay mayor, sí. Entonces se están preparando y capacitando jóvenes como ustedes: psicólogas y psicólogos preferentemente, para atender a los ancianos, porque la mayoría de los ancianos presentamos síntomas de inestabilidad psíquica. Actuamos, muchas veces, que parecemos niños. Nos manifestamos, nos producimos muchas veces, que uno dice: Bueno, pues será un niño el que hizo esto o el que hace esto, porque hay cosas que hacemos los ancianos que parecen de niños. Se pelean, cómo se pelean por nada... Porque cuando llegan los ancianos a esta edad que yo tengo, no todos pero sí la mayoría, se les borra la mente y empiezan a actuar... sus hechos son semi-inconscientes, o inconscientes casi. Por eso te digo, vuelven a ser niños. Te lo digo por mi hermana, entró en una fase de senilidad [sic], ya estaba como ida de este mundo. Aquí decrece. La enseñanza, las fuerzas van disminuyendo. Pero yo te puedo decir que la medicina más práctica, la mejor medicina que hay para el ser humano es la disciplina física. Yoga. Es una disciplina físico-mental que nos permite mantener nuestro organismo con cierta

¹⁴⁴ *Ibidem.*

*habilidad, con cierta... Nos da habilidad, destreza. Y todo lo que hemos aprendido en la vida que no se nos borre, que no se nos vaya.*¹⁴⁵

La conversación con José Francisco es interesante, y además muy enriquecedora. Por desgracia, no muchas personas tienen oportunidad de escuchar sus ideas. No solo eso, sino que los espacios donde él podría robustecer su pensamiento o contribuir a un debate humanista o social, son escasos en el asilo.

La institución total es homogeneizadora. Los residentes se tienen que adecuar a la media, y el promedio es que los residentes son población vulnerable, de recursos muy escasos y nivel educativo bajo. Hay una persona que acude voluntariamente a escolarizar a los ancianos en nivel primaria y algunos en secundaria. Sin embargo, los ancianos con educación universitaria y experiencia profesional no encuentran dónde crecer o producir intelectualmente. A la par, los talleres en ocasiones dejan mucho que desear.

Una de las asistentes más diligentes a las pláticas y talleres es Felipa¹⁴⁶. La primera vez que la vi, fue en el área de lavaderos. Hilaria, Alicia y ella platicaban sobre la ropa interior, que se cambian cada tercer día. Durante la conversación, Felipa las acompañó, sin decir palabra. Pensé que era una señora tímida, ensimismada, silenciosa, pero desde el momento en el que

¹⁴⁵ *Ibíd.*

¹⁴⁶ Felipa es una señora robusta. Goza de buena salud, aunque parece triste o deprimida y llora con facilidad. Vive en el asilo Mundet desde hace cuatro años. El nivel de confusión de Felipa no es grave. Olvida fechas o mezcla el orden de algunos sucesos, pero nada que impida una correcta comunicación. Felipa es originaria de Miahuatlán, Oaxaca. Estudió hasta primer año de primaria, sabe leer pero escribir casi no. Llegó a la Ciudad de México cuando tenía dieciséis años, al principio vendía tortillas y más tarde comenzó a trabajar como empleada doméstica. Se casó por la iglesia, estando embarazada de su primer niño. Tuvo tres hijos, que su esposo nunca registró. Uno de ellos murió en un accidente, ahogado. El esposo de Felipa acostumbraba golpearla y la traicionó en innumerables ocasiones, incluso llegó a engañarla con su propia hermana. En algún momento intentó casarse con otra mujer en una ciudad distinta, pero Felipa logró evitar esa boda. Finalmente acabaron separándose. Felipa se mudó con su hija, a ratos trabajaba y a ratos no. Duraron veinte años en Tacubaya, pagando una casita. Como tenía muchos problemas con ella, resolvieron que lo mejor era que Felipa se mudara al asilo. Al momento de su entrevista con los directivos del asilo, para evaluar su posible ingreso, Felipa aseguró que no tenía hijos, dado que siempre sintió que no podía contar con ninguno de los dos. Esto a los hijos los molestó mucho, todavía a la fecha se lo reclaman en las esporádicas visitas que hacen a su madre.

platicué con ella se soltó a contarme una gran cantidad de cosas. Concluí que simplemente es reservada, y que no socializa mucho con otros residentes.

A Felipa en su familia le dicen Trini porque la bautizaron el día de la Santísima Trinidad. Fue hasta que llegó al asilo, que descubrió que su nombre, como aparece en el acta, es Felipa. En el asilo todos la llaman Felipa, y ella siente feo al ver que hay una gericultista Trini, y otra residente con otro nombre también, mientras que ella, que siempre fue Trini, ahora es Felipa, y ese nombre no le gusta¹⁴⁷.

Felipa considera que la vejez es triste porque ya no puede trabajar.

Pues triste. Pues sí, porque ya no puedo hacer lo que hacía antes. Ya no. Y antes lavaba aquí, ganaba un centavito, ahora nada. Cuando viene me da mi hija, o mi hijo. Cuando puede, viene; cuando no, ps. Yo no le pido, ni voy a pedirle. Mejor tengo de otra gente. Pues la vejez es muy triste. ¿No? Pues sí, porque la verdad, digo, si sufre uno de alguna enfermedad, pues sufre uno, ¿no? Y ya no puede uno hacer las cosas como las hacía antes, no puedes comer lo que comías antes, porque... Bueno, gracias a Dios yo no tengo [...] Lo que tengo es himpertensión, soy himpertensa [sic], y por eso tengo que bajar de peso. Como dice el doctor Morales: Si ya esa abuelita, la vemos así aunque no la quiéramos, pero dice que toda su vida ha hecho ejercicio y ha caminado [se refiere a una anciana del asilo, quien se encuentra en buena condición física]... Ha hecho mucho ejercicio y por eso se mantiene así, porque ya tiene sus ochenta y tantos años. [Yo] ya no puedo hacer nada. Pero... no me... no por eso me agüito ni nada. Digo, tengo que ser yo y tengo que salir adelante, y lo tengo que hacer¹⁴⁸.

Felipa considera que este “no poder hacer nada” es lo que la separa de la juventud y la coloca en la vejez.

Pues yo veo a la gente joven que puede y que hace [...] Pues como tú que puedes todavía hacer, yo ya no puedo como antes [...] o levantarme rápido o hacer mis cosas porque me quiero caer, yo lo hago como pueda. Por eso a veces me levanto a las cinco treinta de la mañana a bañarme, para que me dé tiempo, poco a poco. Porque llega la que limpia y órale y barren y rápido, también tienen sus ocho horas, ¿no? Y hacen todo eso. Y así. Pero gracias a Dios, a veces se me olvidan las

¹⁴⁷ Vemos en el caso de Felipa un ejemplo del desposeimiento del yo que menciona Goffman en su análisis de las instituciones totales. Al sujeto se le despoja de su identidad, se le acomoda en la medianía.

¹⁴⁸ Entrevista en profundidad a Felipa, residente del asilo Arturo Mundet, Ciudad de México, 2012, inédita.

cosas, pero trato de no, de que no se me olviden. Trato de que digo: Ay, no, no, no, no, no, señor, Dios mío, ayúdame. Y ya casi no leo mucho, por lo mismo [...] Ya no es igual¹⁴⁹.

Felipa se considera vieja y no le gusta. Cuando era joven, no se imaginaba que su vejez fuera a ser de esta manera.

No, nada. Nunca. Nunca pensé que la ingrata me fuera tan traicionera, no. Pues triste, porque ya no puede uno, a unas las dejan aquí, ya no las vienen a ver y dice: Bueno... Pues sí [soy vieja], porque ya tengo mis setenta y dos años. No me quito la edad. Incluso me dicen que me veo más joven, cuando me arreglo. Orita no me puse nada [...] Nada más que pues, pero yo a mi esposo no le gustaba porque yo tenía mi pelo largo y una vez en la calle me lo desbarató, imagínate, mi pelo largo y... no sé si has visto algunas películas de aquellos peinados que se usaban así como Silvia [...] así me peiné, uy [...] que me desbarató en la calle el peinado, y cuando me casé y me fui con él y todo eso, me tiró mis bilés y todas mis pinturas, todo eso, me las tiró todo. Que no quería que yo me pusiera nada¹⁵⁰.

Se presentaron, en este capítulo, las entrevistas a profundidad a once residentes del asilo Arturo Mundet, así como una descripción detallada y profunda del espacio rutinario donde se llevan a cabo las prácticas culturales, y en qué consisten estas.

Una transcripción adecuada permite reflejar la oralidad, con el interés de resaltar aquellos rasgos que identifican a cada entrevistado como particular, para así dibujar la interpretación de su mundo. Una vez recopilada y sistematizada la oralidad, el siguiente paso en la investigación antropológica es el análisis que sustenta la investigación: más allá de una simple adición de datos, este se convierte en un entramado interpretativo.

¹⁴⁹ *Ibidem.*

¹⁵⁰ *Ibidem.*

III. ANÁLISIS: EN BUSCA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ ASILADA

Durante los meses que me integré a la cotidianidad del asilo Mundet, yo tenía claro el tipo de información que buscaba. Si me dediqué durante meses a recopilar la oralidad de cada anciano y a elaborar su historia de vida, fue porque cada biografía, tal cual como ellos la conciben y estructuran en la narración, ayuda a entender el marco dentro del cual se han construido las representaciones de la vejez. Es preciso entender ambos como un conjunto: de dónde viene cada persona y cómo ha llegado al asilo Mundet, para comprender a cabalidad qué sentido tiene tal o cual noción de vejez, de salud, de cuerpo y de muerte. En la oralidad subyace la imbricación entre subjetividades y cultura.

La oralidad, además, deja entrever aspectos que desbordan a las palabras, al lenguaje articulado. El lugar donde eligen sentarse a conversar nos habla de territorialidad, el tono con el que se dirigen a otros residentes nos habla de interacciones y enemistades. Es preciso distinguir estos matices y eso solo puede lograrse tras una estancia prolongada, durante la cual la mirada se haya refinado hasta ser capaz de discernir detalles. La suma de estos pequeños gestos enmarca la representación social, no es ajena a ella.

La teoría de las RS se puede integrar a una investigación de corte antropológico, pero para ello es preciso que haya una comunicación entre disciplinas. Sería un error basarse únicamente en cuestionarios evocativos que midan superficialidades. La antropología es investigación profunda, es convivencia prolongada y análisis crítico de las prácticas sociales. Por tanto, es nuestra postura que para que una investigación se mantenga al interior de la antropología, debe enfocar el análisis en las prácticas, igual que en las verbalizaciones de la

RS. Las RS conducen a la acción, no hay que olvidar esto. En esta cualidad radica su importancia.

De modo que lo primero que hice fue integrarme a la cotidianidad hasta pasar a formar parte de ella. Como he dicho antes, adopté el rol que me otorgaron los ancianos y procedí a sostener largas conversaciones con ellos, a lo largo de varios meses. Gracias a estas conversaciones logré identificar el discurso que se produce de forma natural, en el cotidiano. Armé las historias de vida de diez sujetos¹⁵¹ con la intención de que enmarcaran y sustentaran las entrevistas semi-dirigidas, a través de las cuales se revelarían las RS.

Una vez armadas dichas historias, prosiguieron las entrevistas semi-dirigidas. Las entrevistas no fueron hechas en una sola sesión, ni durante un periodo de tiempo acotado previamente. Lo que decidí fue ir planteando una por una las preguntas, a lo largo de varias pláticas. En algunas ocasiones incluso repetí la pregunta en dos o tres ocasiones distintas, para ver si la respuesta variaba. Como puede verse en el apartado de anexos, dividí la entrevista en dos partes. La primera parte fue realizada de manera idéntica a los diez ancianos, pero la segunda parte fue acomodándose acorde con las respuestas que ellos me ofrecieron. Algunos ancianos ponderaron más la actividad física, otros la salud mental, algunos más la edad cronológica.

Aunque los diez son personas distintas, con capitales culturales diferenciados, las respuestas que arrojaron en la primera parte de la entrevista, es decir el bloque estandarizado de preguntas que fueron efectuadas sin la mínima variación, permiten

¹⁵¹ Estos diez sujetos se convirtieron en once, debido a las circunstancias de la investigación. En su momento llegué a dudar que todos los testimonios me fueran de utilidad, debido a que algunos ancianos se encontraban en una fase avanzada de demencia senil. Cuando por fin logré establecer conversación con ellos, decidí dejar los once testimonios por respeto al tiempo que ellos me dedicaron.

vislumbrar coincidencias. A partir de las preguntas formuladas, y de las respuestas obtenidas, se ordenaron las RS.

Con base en la frecuencia de aparición, considerando que había nociones que brotaron una y otra vez en distintas conversaciones (en específico: *vejez normal, vejez tranquila, final, cierre, enfermedades, dolor, vejez triste, vejez cansada, edad, años*), fue posible establecer tres asociaciones básicas, a las que he llamado nodos. Estos nodos están conformados por las asociaciones más repetidas, las cuales fueron: la vejez como tristeza-dolor-enfermedad-cansancio, la vejez como tranquilidad-descanso-cierre natural de la vida y la vejez medida en edad-años.

Podemos ver, entonces, que la RS de la vejez se estructura en tres nodos centrales: primero, el estado anímico y de salud, es decir, la valoración propia de cada sujeto con respecto a su mente, cuerpo y emociones, dentro de la etapa en la que vive actualmente; segundo, el cierre de la vida con una plenitud ideal, tranquila y contemplativa; y, finalmente, la asociación objetiva, libre de juicios de valor, con respecto a la edad cronológica y cómo se constituye la vejez a partir de una tipología oficializada: es viejo quien alcanza cierto número de años.

Ante la pregunta de si se consideran viejos, encontramos dos respuestas diferenciadas: por un lado están aquellos residentes que no se consideran viejos o que matizan su vejez bajo la aclaración de que, aunque son viejos de algún modo, no lo son *del todo*¹⁵². Se distancian de la vejez mediante un juego de oposiciones: si la vejez es pasividad, y

¹⁵² Respuestas como las siguientes: “No me considero vieja porque hago todas mis cosas: barrer, tender mi cama, y cuando vamos a comer, recoger los cubiertos y todo, porque como siempre estoy acostumbrada de trabajar, mi cuerpo ya está hecho a eso” (Gregoria); “La vejez es triste, pero yo no estoy viejita” (Soledad); “No me considero vieja, todavía no, todavía me considero joven” (Gloria); “La vejez es una etapa del ser humano, una de las últimas, por desgracia. [...] Yo me considero de edad mediana, no me siento viejita aún” (Bertha); y “Por la manera de ser, no soy viejo” (José Francisco).

yo no soy una persona pasiva, no soy vieja. O bien: si la vejez es enfermedad, pero yo tengo salud, no soy viejo. También se comparan con otros residentes: No soy tan viejo como aquel.

Por el otro lado están aquellos sujetos que sí se consideran a sí mismos como viejos o ancianos, pero que no lo expresan directamente. La formulación de la frase: “soy viejo”, “estoy viejo”, “me considero viejo” o “me siento viejo” fue casi inexistente durante las entrevistas. Podemos decir que, inclusive las personas que sí se ubican a sí mismas dentro de la categoría “viejos”, evitan pronunciarse al respecto: es un estado que asumen aunque no lo expresen en palabras claras¹⁵³.

El primer nodo temático alrededor del cual se estructura la representación de la vejez es el que corresponde al estado anímico y de salud, con todas sus vertientes, incluidas la pérdida de memoria y la actitud ante el hecho de estar recluido. En cuanto al estado físico, encontramos la apreciación de que es un desgaste de todos los órganos, que ya no trabajan bien¹⁵⁴. Aparecen dolores y malestares. La percepción general es que durante la vejez, el cuerpo sufre. Por eso, los ancianos que gozan de buena salud sienten que se alejan de la vejez de ese modo¹⁵⁵. Por el contrario, los residentes que padecen de mala salud o que sufren achaques, son más proclives a considerarse viejos¹⁵⁶. Incluso aquellos ancianos que no están

¹⁵³ Entre estos testimonios se encuentran los siguientes: “Yo no me sentía vieja cuando entré al asilo, todavía iba a trabajar, pero ya no es nunca igual a la juventud, me sentía necesitada pero viejita no. Ahora sí, ya, cansada, irresponsable [sic], la tarjeta se la dan a uno para que ya descansa” (Hilaria); “Yo no quería llegar a tanta edad, es muy triste, ya llegando ya no lo quieren a uno ayudar” (Malena); “Triste, ya no puedo hacer lo que hacía antes, ya no” (Felipa). La excepción a este hallazgo está ejemplificada en Alicia, quien expresa de manera abierta: “Me considero vieja, una anciana”.

¹⁵⁴ Frases como: “Ya se siente [la vejez], el cuerpo ya lo siente (Luis)”, “A nuestra edad todo te duele y de todo te quejas” (Tere).

¹⁵⁵ “Generalmente tengo 130-90 [de presión], o sea que eso está muy bien, para mi edad” (Bertha); “Nada, nada, nada, si yo, desde que me operaron, yo volví a hacer mi vida normal, tal como la hacen todas las personas que están bien de salud. Yo estoy bien, ¿ya qué me preocupa? No me duele nada, yo camino perfectamente bien” (Gregoria).

¹⁵⁶ “Ya uno de abuelita en su casa no la quieren. Cuando no le apestan los oídos, le apesta la boca; cuando no, los pies. Ya se siente uno, ya dice uno: Ay, ya me cansé, ay, me duele aquí, ay, me duele acá. Aunque sea un huesito o algo, que no sea uno enfermiza, pero ya es otra etapa donde ya dice uno: estoy vieja” (Hilaria); “El estado de

enfermos, son conscientes de que la vejez conlleva malestares y que esos malestares inciden en la perspectiva de vida¹⁵⁷.

Ligado a la salud del cuerpo, se encuentra el aspecto físico. La vejez se manifiesta en un deterioro en el aspecto y en los hábitos de belleza. Las mujeres revelan que tomaron consciencia de su vejez cuando dejaron de arreglarse¹⁵⁸, con una salvedad: el aspecto anciano puede ser evitado o matizado con un tinte de pelo o con maquillaje. Las ancianas se congratulan de que, cuando se esmeran por aparentar menos edad, lo consiguen, y también se lamentan cuando no pueden arreglarse como quisieran¹⁵⁹.

Otro aspecto relativo a la salud es la capacidad intelectual y pérdida de memoria¹⁶⁰. Quien conserva intacto su entendimiento y retentiva, se considera alejado de la vejez. Los ancianos con buena memoria se comparan con aquellos que padecen demencia¹⁶¹. Los

ánimo se presenta por el estado de salud que tú tengas. Si tú eres una persona enferma, a la edad que tengo yo no tienes deseo ni de vivir" (José Francisco); "Sufro himpertensión [sic], me canso de mi espalda, ya no es igual. Si sufre uno de alguna enfermedad, pues sufre uno" (Felipa); "Lo que me fatiga es de mi vista, cada vez veo menos. Me duele mi cuerpo, como me he caído... Ya se está uno acabando, ya se siente más cansado. Ahora a cada rato me caigo, me resbalo" (Malena).

¹⁵⁷ Tengo mis achaquitos, várices en las piernas y mala circulación en los pies, [pero] cuando ya empieza uno a tener otros problemas de salud eso le causa a uno tristeza, pesimismo, preocupación" (Bertha); y "Lo que quiere uno en la vejez es salud; ya de viejo, lo que persigue uno más es salud" (Luis).

¹⁵⁸ "Nomás vi que ya no me arreglaba como antes; que ya, pues ya era yo abuela y todo eso, y yo ya me sentí vieja (Tere). Es interesante que sean pocos los testimonios que hagan alusión a la vejez como un rol adquirido: el de ser abuelos. Buena parte de los ancianos del asilo no tuvo descendencia ni formó familia; mientras que otros tantos sí tuvieron descendencia, pero no mantienen buena relación con ella. Son contados los casos de ancianos que mantienen buena relación con sus hijos y nietos: estos son los pocos a los que sus familias visitan en domingo, o incluso, los más afortunados, que llegan a pasar temporadas en casa de sus seres queridos: navidad o vacaciones.

¹⁵⁹ "Cuando me arreglo me dicen que no aparento mi edad" (Felipa); "Antes sufría por no poderme pintar el pelo. [Con la vejez] le cambia a uno el rostro, le cambia hasta el color, porque yo era mucho muy morena, entonces pues de todos modos el pelo lo traía yo bien acomodado, pintado de negro" (Hilaria).

¹⁶⁰ "La vejez la siente uno en los huesos, en la memoria. Yo no me siento mal, me siento un poco bien porque todavía tengo algo de memoria" (Hilaria); "La mayoría de los ancianos presentamos síntomas de inestabilidad psíquica, actuamos muchas veces, que parecemos niños; [en cambio] cuando llegas a la edad que yo tengo, si conservas parte de la memoria que yo tengo, puedes desenvolverte en actividades literarias, producir algo para bien de los demás"

¹⁶¹ Sobresale el ejemplo de Luis, un anciano con una capacidad intelectual sana, que acostumbra burlarse de Bertha, con el pretexto de que ella padece de inicios de demencia senil.

ancianos que todavía cuentan con buena memoria se enorgullecen de ello¹⁶². La pérdida de la memoria es uno de los signos inequívocos de la vejez¹⁶³. Algunas señoras revelan que, desde su ingreso al asilo, han comenzado a perder la memoria, que han llegado a olvidar el nombre de sus hijos o nietos, sus direcciones y hasta el nombre del asilo. También es destacable que algunas de las ancianas que padecen una demencia más acentuada, no comentaron absolutamente nada con respecto a la pérdida de la memoria, a pesar de que les pregunté en más de una ocasión¹⁶⁴.

El segundo nodo temático corresponde al cierre de la vida con una perspectiva contemplativa, tranquila: una plenitud ideal. Podemos encontrar un desfase entre la noción de vejez idealizada con respecto a lo que en efecto vive, siente y padece cada sujeto¹⁶⁵. Los ancianos ambulantes, es decir, aquellos que tienen la libertad de salir del asilo durante el día porque su salud y capacidades mentales están intactas, disfrutan de ese privilegio al máximo, lo que les reditúa en una vejez más cómoda. Por el contrario, los ancianos que viven recluidos se lamentan del encierro. También, existe una diferencia notable entre aquellos

¹⁶² “Yo tengo una memoria privilegiada, yo me sé los nombres de muchas de las compañeras, de todo el personal médico, de todo el personal de gericultura, los teléfonos de mis hermanas, todo. Tengo muy buena memoria y soy muy buena fisionomista” (Alicia).

¹⁶³ A veces se me olvidan las cosas, pero trato de no, de que no se me olviden. Trato, de que digo: Ay, no, no, no, no, Señor, Dios mío, ayúdame” (Felipa).

¹⁶⁴ Por el contrario, es curioso que la única entrevistada que se adscribe al grupo clasificado como “ancianos” sea Alicia, aun cuando la realidad es que ella no padece ninguno de los “malestares” comúnmente asociados con la vejez, los cuales aquejan al resto de sus compañeros; ella logra observarlo en un ejercicio de espejeo. Valora su buen estado físico y mental, y de ahí nace su seguridad inusitada, la excepción a la regla.

¹⁶⁵ “Esperar lo que tenga que ser el fin, ojalá y sea un poco tranquila, no es como uno desea, vienen cosas como enfermedades, cosas graves” (Luis); “Forma parte de una evolución que es constante, yo quisiera pensar que tenemos un libro bajo el brazo y hoja por hoja se va cumpliendo hasta el fin de nuestra existencia” (José Francisco). La vejez es percibida como triste: “La vejez a mí se me hace muy triste, estás atendida a que la gente te haga un favor” (Gloria); y mucha de esta tristeza viene por la imposibilidad de llevar la misma vida que llevaban antes, durante la etapa productiva: “Antes sí podía ensartar una aguja para coser, ahora ya no. Ya no puedo hacer nada como antes: lavar y planchar” (Malena). Los ancianos ambulantes, es decir, aquellos que tienen permiso de salir del asilo, hacer vida en el mundo exterior, se perciben tranquilos, satisfechos.

ancianos que ingresaron al asilo por voluntad propia y aquellos que llegaron por decisión de otros, convencidos u obligados.

El cierre de la vida conlleva la muerte. Este es un tema recurrente entre los ancianos del asilo. Se la nombra sin eufemismos: la muerte. La mayoría de los entrevistados manifestó calma y resignación con respecto a ese día, se le percibe como algo normal, natural, e incluso anhelado¹⁶⁶.

El tercer nodo corresponde a una cierta noción de vejez objetiva, cronológica: el número de años. El viejo se sabe viejo por los años que cuenta, esto independientemente de si se *siente* viejo, o si se *considera* viejo¹⁶⁷. El asilo tiene una normatividad estricta y el ingreso depende del cumplimiento de un cierto número de años, por lo que es imposible escapar a la certeza de que quien reside en el asilo es un anciano, al menos ante la mirada de la institución. Sin embargo, sí hay una vía de escape o de disimulo: como hemos dicho, el anciano se asume como anciano “objetivamente”, pero antepone una serie de exenciones: “soy viejo por mi edad, pero no actúo como tal”, o “pero no me siento como tal”.

¹⁶⁶ Son cosas de la vida” (Hilaria); “A mí no me preocupa la muerte. Cuando estaba yo chiquilla, sí, me preocupaba, falleció mi papá” (Gregoria); “Cada día recibimos el reclamo otra vez de retirarnos de este planeta, aquí hay muchos ancianos que necesitan y aclaman la partida; no la piden, la aclaman” (José Francisco); “Temor, no, pero sí respeto, porque se habla de que la muerte es dolorosa; claro que la muerte no escoge, pero mayormente por la edad, en cualquier momento viene un desenlace, es parejo. Si llego a durar poquito más, pues yo creo que ya duré poquito más de lo que debí haber durado, por la vida desastrosa que he llevado; yo debí haber muerto antes, me he salvado” (Luis); “Ya quiero reunirme con mi mamá y mi papá... No sé cómo me vaya yo a morir, le pido tanto que ya me llame que sé que me va a poner como camote Diosito, pero ya quiero estar con mi mamá y mi papá, sueño tanto con estar con ellos” (Tere); “Mi padre me inculcó el miedo a la muerte, el pánico... Ahora ya no es pánico, ya sé que me voy a morir” (Alicia).

¹⁶⁷ “Yo voy a cumplir setenta y nueve, me falta uno para ochenta, ya llegué a una edad madura, ya casi voy para el término” (Luis); “No soy pollita, tampoco, ya voy más para viejita que para joven” (Bertha); “Ya la edad que tengo yo, pasando de los sesenta años...” (Malena); “Yo ya ni sé el lío, tercera edad, ni primera edad, quién sabe. Yo me siento bien. Mientras a mí no me duela nada, yo me siento bien, y contenta... ya estoy muy vieja, con esos años” (Gregoria); “Ya pasaron muchos años: noventa, caray. Sí no la he sentido, mejor dicho, yo no me siento viejita, más ahora que no me había caído” (Hilaria); “Me siento todavía joven, tengo setenta años... ya cuando tenga cien, ochenta, pues entonces sí ya” (Gloria); “Yo no quiero tantos años, ay, ya sesenta y siete años, ya estoy bien jodida” (Tere); “Incluso una persona de noventa y cinco años sigue en tránsito, nunca se acaba de aprender, todos los días se aprende algo y la vida nos lo enseña” (José Francisco).

Estos son los tres nodos centrales alrededor de los cuales se estructura la representación social de la vejez. Sin embargo, hay otro conjunto de nociones con los cuales se hace manifiesta la vejez. La primera es la comparación del sujeto frente a otros, el ejercicio automático y a ratos inconsciente que ubica a cada anciano como un igual o como un extraño en relación con los demás. En el asilo Mundet las redes sociales no son las mejores. Estamos hablando de más de un centenar de personas de contextos heterogéneos, en ocasiones incompatibles, obligados a residir hombro con hombro. En el asilo habitan ancianos con biografías y presentes diversos. Entre ellos, en un mecanismo de espejo, aflora la concepción de vejez. Mirar al otro es un ejercicio de autovaloración, y como tal se hace presente¹⁶⁸. En las comparaciones con otros residentes más ancianos o en peores condiciones, los ancianos entrevistados se autoperciben como afortunados. Sin embargo, las cosas cambian al establecer comparaciones con sí mismos, pero en diferentes etapas de su vida. Encontramos al respecto dos vertientes. Aquellos que han idealizado la juventud y que la recuerdan como una época gloriosa¹⁶⁹, y los ancianos que por diversos motivos vivieron una niñez o juventud dolorosa, y que ahora en el asilo han encontrado finalmente la calma

¹⁶⁸ Ejemplos de estas comparaciones son: “Hay un personaje aquí que nada más está vegetando, ya está incapacitado, por mucho, ya entró a una vejez completamente, ya no podría él solo ni caminar, ni hacer, ni nada, todas sus facultades están mermadas; es el desenlace, ahí quedó” (Luis); “Gracias a Dios no estoy tan viejita como Engracia o Malena. Algunas ancianas se quitan la edad, dicen que son menores aunque ya son mayores. Hay personas hasta de noventa años, como la señora Guadalupe Orozco, que tiene un carácter bien fuerte y alegre y tiene mucha energía y muchas ganas de vivir. Y hay otras que sí son más jóvenes, pero por sus achaques pierden su energía (Bertha); “Hace poco se murió un señor grandote. Muchos señores que han fallecido están viejitos y se sienten ya enfermos” (Gregoria); “Yo considero que yo estoy bien. Mi compañera Engracia... para mí esa mujer es notable, cuenta con una sola mano, tiende su cama sola, se baña sola. Yo me sentía, uy, que estaba mal, pero desde que la conozco...” (Alicia); “¿Sabe cómo no quiero estar? Como esas señoras que les cortan el cabello hasta acá arriba, yo no quiero. Ya lo traje más largo, pero como tengo mucho cabello, me pesa mucho, me acalora. [Hay unas señoras] que usted las ve y están decaídas, y dicen: Ay, esto, ay, lo otro. O las que están más malas, también, que están en enfermería, se afligen. Hay una que acaba de entrar, no come bien, la vinieron a dejar aquí” (Hilaria); “No como esas señoras que dicen: No tengo todavía nietos. No, yo sí” (Tere); “Hay otros como yo, con menos edad que yo, que no reaccionan como yo, que puedo sostener una conversación, una plática” (José Francisco).

¹⁶⁹ “Yo quisiera mil veces la juventud, a los ancianos los más jóvenes los desprecian. Me gusta que me digan jovencita, nomás con que me dé mi manita de gato y bilé. La juventud es puras pachangas” (Malena); “La

Resulta curioso que las mismas personas que no se adscriben totalmente a la vejez, tampoco expresan sentirse dentro de la juventud; de hecho la anhelan y hablan de ella como si se tratase de un pasado lejano. Residen en una especie de limbo: no son jóvenes, pero tampoco son enteramente viejos. Esto, en el caso de los ancianos que no se refieren a sí mismos como viejos, o que si lo hacen, matizan de inmediato que no se trata de una vejez absoluta. Complementariamente, resalta el hecho de que varios ancianos tienden a referirse a su propia vida en pasado, como si la estancia en el asilo no formara parte de ella. Lo mismo sucede cuando hablan de la vejez como si esta fuera un colectivo de gente al que el entrevistado no pertenece. Incluso los ancianos que logran admitir su edad avanzada, son reacios a identificarse con las cualidades que consideran negativas. Un par de años de diferencia se convierten en varias décadas cuando alguno de los residentes busca distanciarse de los demás de manera simbólica.

El caso de los ancianos que durante su desarrollo sufrieron abandono y violencia es notable, ya que encuentran sosiego en el asilo¹⁷⁰. Estos ancianos, que al mirar hacia atrás recuerdan una vida de perturbación y dolor, se han adaptado con facilidad y encuentran que la vida en el asilo es benéfica.

juventud va creciendo y la vejez en lugar de crecer se va achicando, nomás esperando la hora (Gregoria); “De joven ni le interesa a uno que se caiga o que se rebane una mano. No, ya no, ni el mismo pensamiento ni el mismo sentimiento; de grande, ni cuidándose uno, ya como está uno atarantadón ya hasta pisar fuerte le da a uno miedo” (Hilaria); “La juventud pues es todo un amor, tú no te preocupas por nada, por si se te olvidó dinero, si te robaron algo. No, todo es muy diferente, muy bonito. La vejez, no, pues es muy triste ya no poder ver a tu persona querida. Pues la juventud es preciosa y la vejez es muy triste, ya no es igual, ya no tienes la actividad de antes” (Gloria); “Lo que ha cambiado en mí es el tiempo, que ha pasado por mí, pero yo sigo siendo con las mismas ideas, con los mismos propósitos; la juventud es una experiencia que se va elaborando, la vida es como una obra de teatro en tres actos: rama, desarrollo y clímax” (José Francisco); “Yo veo a la gente joven que puede y que hace, yo ya no puedo como antes levantarme rápido o hacer mis cosas porque me quiero caer, yo lo hago como pueda” (Felipa).

¹⁷⁰ Soledad, que vivió en la calle y estuvo internada en un hospital psiquiátrico, agradece el contar con un espacio donde habitar libremente: “Yo vengo de la calle, de con los niños de la calle. De milagro me dejaron entrar [al asilo]”. Por su parte, Luis, quien quedó huérfano de niño y residió en orfanatos, asegura que vive bien, tranquilo.

Otro dato de interés es que la totalidad de los entrevistados coincidió en que, durante su juventud, no contemplaron ni se imaginaron cómo sería su vejez¹⁷¹. Es interesante que ninguno de ellos haya contemplado la posibilidad de hacerse viejo ni cómo sería esta etapa, ya que la falta de planeación se tradujo en la ausencia de acciones concretas que garantizaran la estabilidad en el futuro. Algunos de ellos se lamentan por no haber contraído matrimonio o por no haber estudiado. Algo peculiar es que prácticamente nadie se quejó de su situación económica. Contrario a lo que se creería, la seguridad financiera no tuvo relevancia dentro de los testimonios de los ancianos. Prácticamente no fue mencionada. Pensamos, por lo tanto, que el asilo sí cumple su función social de resguardo de la población vulnerable y que esto permite que los ancianos no desarrollen una preocupación por el ingreso o la supervivencia.

Otro elemento que hay que analizar es la manera en la que viven estas personas, en sincronía o diacronía con lo que expresan verbalmente. Los ancianos ambulantes, que pueden salir del asilo y llevar vidas medianamente normales, son por regla general los que manifiestan sentirse más cómodos, estar satisfechos con su vida. También los ancianos conscientes de que sus circunstancias previas al internamiento estaban lejos de ser las ideales, como es el caso de aquellos ancianos que padecían hambre, frío y necesidades

¹⁷¹ “Yo no pensaba en la vejez, yo viví el momento, viví la vida a mi manera” (Luis); “Yo no pensaba nunca en la vejez. Si yo todavía ahorita no pienso en la vejez, yo me siento como si tuviera veinte años” (Bertha); “Cuando era joven no planeaba a futuro, no sabía dónde iba yo... adónde iba yo a llegar a vivir” (Alicia); “No, no, no pensaba en nada de eso. Cerrado uno en aquel tiempo, no era la bisbirbinguez [sic] de ahora, en aquel entonces no pensábamos tal o cual fuéramos a ser, o cómo. No, no, nada de eso, a seguir la vida como la veníamos tomando” (Hilaria); “No pensaba, en la vejez, pensaba en la juventud, y eso sí: muchos bailes” (Gloria); “Nunca pensé que la ingrata [vejez] me fuera tan traicionera, no” (Felipa). Algunos de los entrevistados reconocen que su contacto más cercano con la vejez fue a través de sus familiares, y son capaces de contrastar su propia vejez con la de ellos: “Yo veía a mi abuelito pues mal” (Gregoria); “Cuando era más joven, agradaba yo a la gente mayor. Les caí bien porque yo tenía diferente carácter” (Malena). “Doy gracias a mis benditos que me hayan permitido tener a mamá en la casa, con doctor de casa y todo, no llegar a un extremo de estos. Ay, qué bueno que mi mamá no pasó de esto, como cuando les gana del baño, que ya están viejitas y las van a bañar a deshoras” (Hilaria). Bertha, por el contrario, asegura que ni sus papás ni sus abuelos se percibían como viejos.

médicas, son los que se encuentran más tranquilos, casi agradecidos. El discurso de la institución benévola, que abre sus puertas para auxiliar a los más necesitados, encuentra eco en estos ancianos. Los ancianos más reticentes son aquellos que fueron obligados a mudarse al asilo, ellos oscilan entre diferentes estados de ánimo: resignación, ira, tristeza. Algunos, sobre todo los ancianos que padecen demencia, parecen no entender por qué han sido llevados ahí, construyen un discurso alrededor de una supuesta alternativa, que no existe en realidad, e insisten en que quisieran volver a su vida previa.

Igualmente, vale la pena detenernos a analizar el lenguaje empleado por los representantes de la institución, en este caso el personal que interactúa día a día con los residentes. En primer lugar resalta el uso del término “abuelos/abuelas”, una palabra asociada a un rol social específico que no se cumple en todos los casos. Más apropiado sería llamarlos “adultos mayores” o simplemente “ancianos”. Otro rasgo que llama la atención es que el médico Morales, quien ostenta el cargo más respetado y es visto como una autoridad por su profesión y conocimientos, a ratos se expresa con un uso del plural que lo incluye. La psicóloga Samantha, por su parte, es quien más recuerda en su discurso, reiteradamente, la cercanía de la muerte. Aborda el tema con una ligereza tal, que raya en la banalización. Establece una distancia entre ella misma y los ancianos que en momentos se antoja insondable, pero, al mismo tiempo, refuerza una dinámica de culpabilización que no cumple con los cometidos de proveer a los ancianos de seguridad y fortaleza, sino todo lo contrario: el mensaje que les hace llegar, constantemente, es el de que la institución los ha acogido por caridad, por benevolencia, y que ellos deben estar agradecidos. La realidad es que la institución asilar es una dependencia del Estado mexicano, obligada a proveer de seguridad

a sus ciudadanos y a atender a la población vulnerable. Las labores del asilo no son favores ni actos de caridad.

Finalmente, cabe destacar el matiz religioso que otorgan las mujeres que conforman el voluntariado católico del asilo. El discurso de la vida después de la muerte es recurrente, así como el llamado a la paciencia y a la bondad. Se apela a la fraternidad entre residentes y a trabajar en el legado que dejaremos en los demás al morir. También en el discurso que ellas construyen, la muerte se presenta como algo cercano, inminente, sin embargo es un concepto que se aborda con solemnidad cristiana: se le llama “partida” y se le intenta comprender como un proceso natural y de reencuentro con Dios.

Entre los objetivos particulares planteados al inicio de la investigación, también se encontraba el dilucidar si los asilos en general, y el asilo Mundet en particular, pueden ser considerados como instituciones totales según el planteamiento de Goffman. Concluimos que sí. El asilo Mundet cumple con todas las características de las instituciones totales dedicadas a atender a población dependiente, que no puede hacerse cargo de sí misma, o que inclusive representa un peligro para su propia seguridad. El asilo es un espacio cerrado, vigilado, sin libre salida al exterior, donde un conjunto de individuos de procedencias heterogéneas, pero normados en la medianía según los lineamientos institucionales, desarrolla su cotidianidad en una convivencia forzada. La autoridad del asilo determina tiempos, horarios y actividades. El poder de decisión de los residentes es sumamente limitado. Aunado a esto, tiene lugar lo que Goffman ha llamado, una desfiguración de la personalidad. Los ancianos se ven obligados a abandonar enseres personales, preferencias alimenticias, hábitos de esparcimiento. Su libertad y autonomía se ven mermadas y esto trae consecuencias de toda

índole, tal y como pudimos observar en el análisis de las RS y en cómo los sujetos conciben su propia vejez y la de sus compañeros residentes.

IV CONCLUSIONES PROVISIONALES

Han pasado varias décadas desde que los estudios de corte social y demográfico alertaron por primera vez sobre la tendencia global del envejecimiento: que gradualmente las sociedades se convertirían en sociedades ancianas, donde la mayoría de la población pertenecería al estrato de 60 años y más.

Los países de primer mundo de inmediato tomaron medidas en materia económica, política y social, y fue así como, gradualmente, surgió una gran variedad de sistemas de atención y medidas implementadas ex profeso para hacer frente a las necesidades de los ancianos: desde servicios de atención domiciliaria hasta protocolos internacionales de atención a la vejez.

En los países pobres, en cambio, el panorama no es alentador. La vulnerabilidad de los estratos pobres se acrecienta a la par de la desigualdad económica. Los servicios de salud están quebrados y los sistemas de pensiones no cuentan ya con un techo financiero suficiente para cubrir las necesidades de sus beneficiarios. Es en este contexto que las residencias de estancia prolongada adquieren relevancia y una cualidad de apremiantes.

Los asilos son la única posibilidad de vida digna para los ancianos desamparados que no cuentan con ingresos económicos ni redes familiares. Son espacios cerrados, herméticos y homogeneizantes que se corresponden con la tipología de institución total que categorizó Goffman. Adentro, los ancianos renuncian a una parte de su individualidad para adaptarse a la medianía.

El asilo Arturo Mundet fue fundado en los años cuarenta como la primera institución de este tipo en nuestro país. Es en este espacio donde me propuse indagar las RS de la vejez,

para entender cómo se manifiestan y cómo se materializan en las prácticas culturales. A través de varios meses y con más de una decena de entrevistas a profundidad, fueron brotando coincidencias que permitieron la elaboración y caracterización de dichas RS, en función de tres nodos centrales.

El primer nodo corresponde a la salud física y mental. La apariencia, el estado anímico y el cuerpo debilitado son algunos de los factores que construyen este primer nodo, el cual también funciona como primer mecanismo de diferenciación. Los ancianos no se conciben a sí mismos como ancianos, y mediante un ejercicio de espejeo, se adscriben al rubro de los “no tan viejos”, o “no exactamente viejos”.

El segundo nodo corresponde a una noción de la vejez como cierre de la vida, el final del camino. En este rubro hace especial aparición la interrelación entre las RS y las prácticas culturales: los ancianos sanos, lúcidos, con posibilidad de salir al exterior, parecen concebir la vejez en mejores términos que aquellos que residen en el asilo obligados por las circunstancias.

El tercer nodo corresponde a la edad cronológica, condición inescapable. No obstante, sorprendentemente, los ancianos encuentran, también, mecanismos para escapar a la vejez así concebida: “Tengo tantos años, pero no soy viejo porque...”

Es decir que, en términos generales, podemos constatar que a la vejez se le rehúye. La mayoría de los residentes evita autodenominarse anciana. Algunos aseguran no sentirse viejos, no ser *tan* viejos como otros, ser menos viejos que el promedio. Se comparan con los ancianos más desafortunados, aquellos que han perdido la memoria o la movilidad. Ni siquiera en un lugar como el asilo la gente deja de querer escapar de la vejez. No hay marca más contundente que el hecho de vivir en una residencia de la tercera edad. No hay escape a

la vejez como hecho real, y sin embargo los ancianos encuentran mecanismos para negar su envejecimiento. Los ancianos que se consideran a sí mismos como ancianos, y que se muestran confiados y seguros de que la muerte viene en camino, son la excepción.

A través de este trabajo, me propuse reflexionar sobre el proceso de envejecimiento en términos teóricos y contrastarlo con un acercamiento a la realidad sociocultural de un asilo de ancianos. Mi motivación primordial fue entender cómo incide una RS determinada en el cotidiano, en las prácticas culturales y en el discurso que los ancianos construyen de sí mismos y de su estrato. El resultado es la constatación de esta renuncia a la vejez, de la negación de la propia condición de ancianidad. Sus implicaciones son diversas.

Se vuelve necesario pensar qué tipo de autovaloración puede tener un sujeto que se intuye viejo y que al mismo tiempo considera la vejez como algo negativo. ¿De dónde viene esta aversión al declive, y qué podemos hacer para frenarla? Cuando conformemos una sociedad mayoritariamente anciana, ¿vamos a seguir rehuyendo de la ancianidad? La idea de una sociedad que desprecia a su mayoría resulta aterradora.

Confío en que este trabajo, y aproximaciones futuras al envejecimiento desde la antropología, ayuden a reflexionar sobre estos temas y a reconsiderar cómo el advenimiento de la sociedad anciana afectará a las generaciones que vienen; en particular, a la generación que nosotros mismos conformamos y que dentro de pocos años se convertirá en anciana.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. C. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Anzola, E. (1993). Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina. En Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, *Atención médico-social a la tercera edad en América Latina* (pp. 17-23). México: Autor.
- Anzola, E. et al. (edit.) (1994). *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Álvarez, J. R. (director) (1993). Enciclopedia de México. Tomo VII. Edición especial para Encyclopædia Britannica de México, México. Pp. 4033-4046.
- Arellano, J. y Santoyo, M. (1999). Imagen y vida cotidiana de los ancianos, problemas actuales y perspectivas hacia el año 2000 en la Ciudad de México. En Gobierno del Distrito Federal. *El adulto(a) mayor en el Distrito Federal: Por una sociedad integral en el siglo XXI* (pp. 72-75). México: Autor.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- Austad, S. (1998). *Por qué envejecemos*. Barcelona: Paidós
- Banda, A. (1993). La legislación en México sobre la asistencia al anciano. En Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Atención médico-social a la tercera edad en América Latina* (pp. 25-31). México: Autor
- Barros, L., (1994) Aspectos sociales del envejecimiento. En Anzola, E. *et al.* (edit.) *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa* (pp. 67-75). Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI
- Bazo, M. T y García Sanz, B. (coords.) (1998). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Médica Panamericana, Madrid

- Blanck-Cereijido, F. y Cereijido, M. (1988). La vida, el tiempo y la muerte. México: Fondo de Cultura Económica
- Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico. Ciudad de México: Siglo XXI
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1998). La experiencia depresiva en instituciones geriátricas. En Salvarezza, L. (comp.) La vejez, una mirada gerontológica actual (pp. 355-377). Argentina: Paidós
- Carrasco, G. (2008). La vejez activa, enfoque social de una experiencia en los clubes de la tercera edad en Tlaxcala. Tlaxcala: CIISDER-Universidad Autónoma de Tlaxcala
- Cereijido, M. y Blanck-Cereijido, F. (2006). La muerte y sus ventajas. México: Fondo de Cultura Económica
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (1999). Los derechos humanos en la tercera edad. México: Autor
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1995). Seguridad social y tercera edad. México: Autor
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2006). Informe sobre la seguridad social en América 2006. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social
- Consejo Nacional de Población (2004). Situación demográfica de México. México. Autor
- Consejo Nacional de Población (2005). 8.2 millones de mexicanos tienen 60 años o más. Comunicado de prensa 40/05. México: Autor
- Damasio, A. (2006). Descartes' Error. Londres: Vintage
- De Beauvoir, S. (1997). La vejez. México: Hermes
- De los Reyes, C. (2007). Problemas del cuidado familiar. En Familia y geriátricos. Buenos Aires: Espacio, 66-68

- Durkheim, E. (1997). Las reglas del método sociológico. México: Fondo de Cultura Económica
- Elias, N. (1982). La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica
- Fericgla, J. (1992). Envejecer: una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos
- Fernández Christlieb, F. (1982). Prólogo. En Elias, N. La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica
- Flores, J. I. (2005). "Presentación". En W. Doise, A. Clémence y F. Lorenzi-Cioldi. Representaciones sociales y análisis de datos (pp. 9-18). México: Instituto Mora
- Foucault, M (2002). Vigilar y castigar. Madrid: Siglo XXI
- García Ramírez, J. C. (2003). La vejez. El grito de los olvidados. México: Plaza y Valdés
- Gastron, L. et al (2001). La vejez como objeto de las representaciones sociales. Gastron, L. et al. Jornadas Gino Germani. Buenos Aires: IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani
- Giménez, G. (2005). Teoría y análisis de la cultura. Problemas teóricos y metodológicos. México: Conaculta-Icocult
- Ginn, J. y Arber, S. (1996). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid: Narcea
- Goffman, E. (2001). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu
- Goldberg, E. (2006). La paradoja de la sabiduría. Cómo la mente puede mejorar con la edad. Barcelona: Crítica
- Gomes, O. y Montes de Oca, V. (2004). Ageing in Mexico: Families, informal care and reciprocity. En: Lloyd-Sherlock, P. ed., Ageing, Development and Social Protection. Nueva York, pp. 230-248
- González, B. y Pantoja, J. R. (1992). Representación social de la vejez. Tesis de Licenciatura en Psicología Social, no publicada. UAM-I, Ciudad de México

- Guajardo y Hunneus (2004). Investigación cualitativa sobre redes de apoyo comunitario del adulto mayor, el discurso de los adultos mayores de la comuna de El Bosque, Santiago de Chile. Reunión de expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores, Santiago de Chile: CEPAL
- Guber, R. (2005). El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Paidós
- Gutiérrez, L. M. (1997). Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Problemas y programas del adulto mayor (pp. 23-45). México: Autor
- Gutiérrez Robledo, L. M. (2004). La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. En Consejo Nacional de Población. Situación demográfica de México (pp. 53-71). México: Autor
- Ham, R. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente paso de la transición demográfica, México: El Colegio de la Frontera Norte
- Hashimoto, A. (2000). Cultural meanings of "security" in aging policies. En Orpett Long, Susan (edit.) Caring for the Elderly in Japan and the US. Practices and policies, pp. 19-27. Londres: Routledge
- Henry, J. (1970). La cultura contra el hombre. México: Siglo XXI
- Jimeno, J. A. (1999). Los servicios complementarios: centros de día y estancias temporales". En Rodríguez Rodríguez, P. (coord.) Residencias para personas mayores. Manual de orientación (pp. 365-389). Madrid: Médica Panamericana, Instituto de Mayores y Servicios Sociales y Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales. París: PUF
- Kirkwood, T. (1999). El fin del envejecimiento. Barcelona: Tusquets
- Krassoievitch, M. (1993). Psicoterapia geriátrica. México: Fondo de Cultura Económica
- Lenoir, R. (1993). Objeto sociológico y problema social. En Champagne, P. *et al.*, Iniciación a la práctica sociológica, (pp. 57-102). México: Siglo XXI

- López, J. D. (1999). Seguridad social y asistencia social para el adulto mayor. Derechos humanos y adultos mayores. En Gobierno del Distrito Federal. El adulto(a) mayor en el Distrito Federal: Por una sociedad integral en el siglo XXI (pp. 276-277). México: Autor.
- Magnani, E. (2008). Ciencia para leer en bicicleta. Calentamiento global y otros misterios. Buenos Aires: Capital Intelectual
- Márquez, F. (1993). Las políticas del Instituto Mexicano del Seguro Social relacionadas con la tercera edad. En Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Atención médico-social a la tercera edad en América Latina (pp. 39-60). México: Autor
- Martínez Narváez, G. (1993). El proceso administrativo en la atención de los ancianos. En CIESS. Atención médico-social a la tercera edad en América Latina (pp. 33-39). México: Autor
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (2000). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata
- Montes de Oca, V. (1999). Relaciones familiares y redes sociales. En Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades (pp. 291-319). México: Autor
- Montes de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar en México. Límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En: M. Ariza and O. de Oliveira, ed., Imágenes de la familia en el cambio de siglo, Ciudad de México, pp. 519-563
- Montes de Oca, V. (2014). El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional. En Vejez, salud y sociedad. UNAM, México
- Moragas, R. (1995). Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder
- Morin, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Anesa-Huemul
- Nicolescu, B. (1996). La transdisciplinariedad. Mónaco: Rocher
- Oehmichen, C. (2006). Identidad, género y relaciones interétnicas. Ciudad de México: UNAM
- OPS / OMS (1995). Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina. Conceptos básicos. Washington: Autor

- Peers, J. (1985). Atención de salud en instituciones para las personas ancianas. En Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos (pp. 77-83). Washington: Autor
- Pérez-Taylor, R (2016). Transdisciplina, complejidad y antropología. IIA UNAM
- Quintanar, F. (2000). Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México. Ante el escenario de la tercera ola. México: Plaza y Valdés.
- Reyes. L. (2002). Envejecer en Chiapas, etnogerontología zoque. México: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas
- Robles, L., Vázquez, F., Reyes, L. y Orozco, I. (2006). Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdés
- Rodríguez Ajenjo, C. (1999). El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad. En Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades (pp. 57-67). México: Autor
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999a). Evolución de las residencias en el contexto internacional. En Residencias para personas mayores. Manual de orientación (pp. 20-41). Madrid: Médica Panamericana, Instituto de Mayores y Servicios Sociales y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999b). La residencia. Concepto, destinatarios y objetivos generales. En Residencias para personas mayores. Manual de orientación (pp. 43-63). Madrid: Médica Panamericana, Instituto de Mayores y Servicios Sociales y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- Rodríguez, M. A. (1994) Dimensiones psicosociales de la vejez. En Buendía, J. (comp.). Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI
- Ronzón, Z. (2014). El lugar de la vejez en el discurso intergeneracional. En Montes de Oca, V. (coord.) Vejez, salud y sociedad. México: UNAM
- Sheldrake, R. (1999). The Science Delusion. Londres: Coronet
- Sperber, D. (2005). Explicar la cultura, un enfoque naturalista. Madrid: Morata

- Stubbs, M. (1987). *Análisis del discurso. Análisis sociolingüístico del lenguaje natural*. Madrid: Alianza
- Tapia, J. (1994). Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. En Anzola, E. et al. (edit.) *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa* (pp. 19-25). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Tuirán, R. (1999). Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades* (pp. 15-34). México: Autor.
- Vázquez, F. (comp.) (2003). *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
- Vizcaino, J. (2000). *Envejecimiento y atención social: elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Herder
- Warman, A. (2001). *El campo mexicano en el siglo XX*. México: Fondo de Cultura Económica

SITIOS WEB

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, I Legislatura. (2000), *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. [Consultado en mayo 2017]. En línea: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-6417fac0d058d77188429582c3ef0be0.pdf>
- Fernández, L. y Reyes, L. (2004). *La vejez y su representación social: estudio de casos*. [Consultado en abril de 2011]. Disponible en: <http://investigacion.unefm.edu.ve/croizatia/PDF>
- Hernández, L. (5 de marzo de 2016). Sin pensión, 75% de adultos mayores; crece pobreza en la vejez: análisis. *Excélsior*. [Consultado en mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/05/1078967>
- Inapam (2012). "Modelos de atención gerontológica". Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
- Inegi (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/

Real Academia de la Lengua, Diccionario. Consultado en 2010 y 2017: <http://rae.es>

TESIS

Ávila Chávez, M. (2006). Representación social de la vejez. Una realidad socialmente construida. Tesina de Licenciatura en Psicología Social, no publicada. UAM-I, Ciudad de México

Baltazar, A. V. y Rodríguez, R. M. (1999). Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México.

Bustos, J. y Velásquez, V. (2001). Actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Ciudad de México

Carvalho, F. (2013). Formas de representaciones sociales sobre los murciélagos en estudiantes de bachillerato de Iztapalapa, Ciudad de México. Tesis de Maestría en Comunicación, no publicada. UNAM, Ciudad de México.

Chairez, A. R. (2009). Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados y con discapacidad. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México.

García, V. (2007). La representación social del aborto en el hombre. Licenciatura en Psicología. UNAM, Ciudad de México

Jiménez Reyes, A. M. (1990). El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México

Jiménez, M. (2013). Análisis de calidad de vida y funcionalidad en adultos mayores residentes del Centro Gerontológico "Arturo Mundet". Tesis de Especialidad en Medicina de Rehabilitación. UNAM, Ciudad de México.

Maya, C. C. (1994). Representación social de la vejez en dos grupos: Profesionistas relacionados con la gerontología y ancianos. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México

- Molano, E. (1994). Relación entre la actitud de familiares y el nivel de depresión en ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Ciudad de México.
- Montaño, J. V. y Garrido, T. (2008). Filosofía de vida en personas de la tercera edad de tres condiciones diferentes. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México.
- Moreno, T. (1994). Cambio de actitud en ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. UNAM, Ciudad de México
- Palma, O (1993). El suicidio en la población anciana institucionalizada. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Ciudad de México
- Patiño, C. (2015). Estudio sobre las representaciones sociales de la violencia en jóvenes de la Barra Puma Rebel, en el Estadio Olímpico Universitario México 68. Maestría en Trabajo Social. UNAM, Ciudad de México
- Pérez, A. (2016). Relación entre el deterioro cognoscitivo y depresión en ancianos institucionalizados en el Centro Gerontológico Arturo Mundet. Tesis de Especialidad en Geriatria. UNAM, Ciudad de México
- Sánchez-Muros, P. (2008). Hablando de los gitanos. Representaciones sociales en el discurso y la interacción escolar. Tesis de Doctorado en Antropología. Universidad de Granada, Granada.

HEMEROGRAFÍA

- Aravena, A. y Baeza, M. (2017). Imaginarios sociales y construcción intersubjetiva de alteridad. La prensa escrita y la cuestión mapuche en Chile. *Cultura y representaciones sociales*, 13 (23). 7-29
- Banchs, M. A. (1994). Las representaciones sociales, sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica. *Anthropos: Boletín de información y documentación*, 44, 15-20
- Barenys, M. (1993). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Revista de Sociología*, 40, 121-136

- Bentosela, M. y Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22 (002), 211-235.
- Canales, A. (2001). De la transición demográfica al envejecimiento de la población. *Demos. Carta demográfica sobre México*, 14, México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM
- Dabed, A. (2004). Representaciones sociales del envejecimiento en paramédicos mayores de 55 años de un establecimiento de salud pública: desenmascarar la realidad de los funcionarios públicos frente a la jubilación, en el ámbito de la reforma de salud. *Revista Tiempo*, (15), 45-57
- Don Arturo Mundet Cabró (12 de octubre de 1968). *ABC*, p. 185
- Gomes da Conceição, M. C. (1997). El envejecimiento poblacional y las formas de residencia en México. *Papeles de Población*, 3 (14), 171-194.
- Ha fallecido, en Méjico, el filántropo catalán don Arturo Mundet Carbó. (6 de julio de 1965). *La vanguardia española*, p. 25
- López Fernández, R. (2017). Las voces silenciadas de mujeres, migrantes y empobrecidas. Un estudio sobre representaciones de pobreza en un contexto migratorio transnacional. *Cultura y representaciones sociales*, 13 (23). 30-61
- Luengo, E. (2012). *Interdisciplina y transdisciplina: aportes desde la investigación y la intervención social universitaria*. Guadalajara: ITESO
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248
- Montes de Oca, V. (2001). Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. En *Demos. Carta demográfica sobre México*, 14, 34-35
- Munizaga, Carlos (1998), Prólogo. *Revista chilena de antropología*, Santiago de Chile.
- Murphy, E. y Dingwall, R. (2007). Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice. *Social Science & Medicine*, 65: 2223-2234

- Pérez, A. y Brenes, G. (2006). Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. *Estudios demográficos y urbanos*, 21 (3), 625-661.
- Robles, Leticia (2005b). "La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, 11, (45), 49-69.
- Salgado de Snyder, N. y Wong, R. (2007) Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, (49), 515-521
- Wacquant, Loic (2003), *Ethnographie: A Progress Report on the Practice and Promise of Ethnography*. *Ethnography*, 1, (4), 5-14
- Welti, C. y Montes de Oca, V. (1997). El envejecimiento: los servicios de salud y la seguridad social. *Población y Cambio Social*, revista latinoamericana de población, 1, (1)
- Zetina, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*. (19), 23-41

HEMEROGRAFÍA EN LÍNEA

- Damián, A. (2007). Política social DF, Ciudad de México. [Consultado en mayo de 2017]. Recuperado de: <http://www.aracelidamian.org/index.php/joomla-license>
- García, I. (2016, 27 de febrero). Nadie controla los asilos. *El Universal*. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/02/27/nadie-controla-los-asilos>
- Robles, Leticia (2005a). ¿Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo?. En *Debate social*. Revista electrónica. No. 12. Febrero. Departamento de estudios sociopolíticos y jurídicos del ITESO. Guadalajara. [Consultado en junio de 2008] Disponible en: <http://debate.iteso.mx/Numero12/index.htm>
- Vargas, L. (2007). Creencias sobre vejez y salud en adultos mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención. *Biblioteca Lascasas* 3(4). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0275.php>

ANEXOS

1. Guion de entrevista semi-dirigida, asilo Arturo Mundet (2010)

Datos básicos del residente: nombre, edad, origen, fecha de ingreso al asilo, redes familiares, apoyos económicos, condición (ambulatoria o salidas restringidas).

Primera parte

- ¿Cómo vino usted a dar al asilo?
- ¿Tiene familiares o amigos afuera del asilo?
- ¿Quién firmó como su responsable? ¿Dónde se encuentra esa persona ahora? ¿Usted mantiene contacto con ella?
- Para usted, ¿qué es la vejez?
- ¿Qué características tiene la vejez?
- ¿Qué características tiene la vejez en comparación con la juventud?
- ¿En qué etapa de su vida está usted?
- ¿Usted se considera viejo(a)?
- ¿Cómo considera a sus compañeros residentes?

Segunda parte

- ¿Cómo se siente la vejez en el cuerpo y en la mente?
- ¿En qué manera se vive la vejez en cuanto a las actividades cotidianas?
- ¿Cómo se distingue la propia vejez de la de los demás?
- ¿Se acuerda usted de su juventud? ¿Cómo era?
- Recuerda si, durante su juventud, ¿pensaba en la vejez? ¿Cómo la imaginaba?
- De joven, ¿usted convivió con gente mayor?
- ¿Cómo veía a los ancianos en aquel entonces?
- ¿Cómo se mira usted ahora en relación con la juventud?
- ¿Cómo concibe usted el futuro / mañana?

2. Fotografías de la fundación del asilo Arturo Mundet

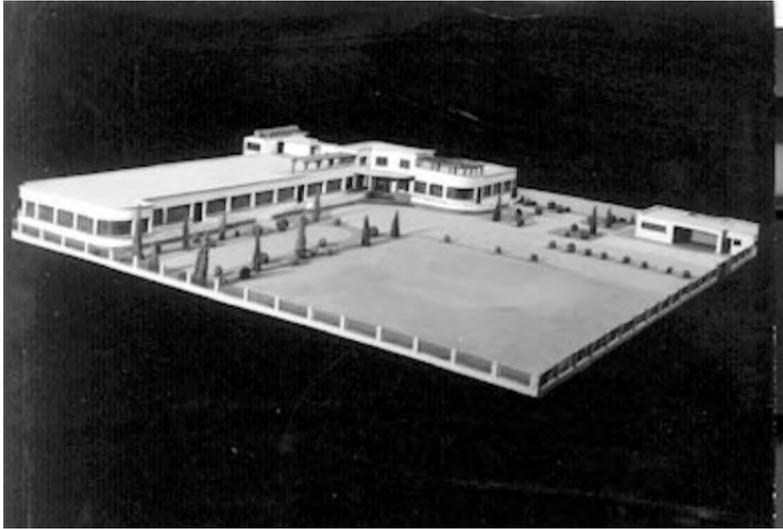
D. R. Instituto Nacional de Antropología e Historia



Fachada de la casa para ancianos Arturo Mundet, ca. 1940



Dormitorio de la casa para ancianos Arturo Mundet, ca. 1940



Maqueta del proyecto de asilo de ancianos Arturo Mundet, 1938



Dr. Gustavo Baz y Arturo Mundet acompañados de sus esposas, ca. 1940