



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

---

---

**ATARDECER EN *EL REFUGIO*:**  
LA VIDA COTIDIANA DE LOS RESIDENTES DE UNA  
INSTITUCIÓN GERIÁTRICA ASILAR EN SAN LUIS POTOSÍ

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE  
**MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A

**ALAÍDE PEÑA DE PAZ LÓPEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**  
DRA. ROSA MARÍA OSORIO CARRANZA

*Para Francisco,  
mi querido hermano:  
la luz en la oscuridad,  
el musguito en la piedra,  
ángel invisible,  
siempre parte del aire.*

*Para Mamá Rosita, con cariño.*

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1.</b> <b>Vivir en una Institución Geriátrica Asilar.</b>	
Introducción.....	11
1.1 La vejez .....	12
1.2 Los adultos mayores dependientes y sus necesidades específicas de asistencia: el papel de las instituciones geriátricas .....	14
1.3 La importancia de analizar la institución geriátrica asilar: preguntas y objetivos .....	19
1.4 Metodología de la investigación y desarrollo del trabajo de campo .....	24
<b>CAPÍTULO 2.</b> <b>Vejez, dependencia e internamiento.</b>	
Introducción .....	31
2.1. La vejez y el envejecimiento: enfoque socio-demográfico .....	33
2.2 La dependencia y el cuidado de los adultos mayores .....	37
2.3 Las instituciones geriátricas y su relación con la atención a los adultos mayores dependientes .....	45
2.4 Condicionantes y proceso del internamiento en la IGA .....	57
<b>CAPÍTULO 3.</b> <b>La estructura de la institución geriátrica asilar</b>	
Introducción .....	62
3.1 Esta es tu casa .....	62
3.2 El espacio y la vida diaria en la IGA .....	83
3.3 El personal que trabaja en El Refugio .....	87
<b>CAPÍTULO 4.</b> <b>Los residentes de <i>El Refugio</i>, un día típico.</b>	
Introducción .....	99
4.1 Los residentes de El Refugio .....	100

4.2	Rutina diaria de la IGA .....	111
4.3	Desarrollo de algunas actividades diarias .....	121
4.4	Algunas reflexiones en torno a la rutina diaria .....	132
4.5	Las condiciones de vida de los residentes al interior de la IGA .....	134
<b>CAPÍTULO 5.</b>		
<b>Una mirada a las causas del internamiento en la IGA.</b>		
	Introducción .....	140
5.1	Lucía: si estuviera viva .....	141
5.2	Raquel: nos ganó la enfermedad .....	144
5.3	Alberto: encerrado en su recámara .....	148
5.4	Elena: una persona que está desvalida .....	151
5.5	Noé: apenas y podíamos los tres con él .....	154
5.6	Las causas del internamiento .....	157
	<b>CONCLUSIONES</b> .....	160
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	172

## ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y FOTOGRAFÍAS

	<i>Página</i>
<b>Foto 1.</b> La entrada de El Refugio .....	63
<b>Foto 2.</b> Los residentes y dos cuidadoras en la mesa del salón de usos múltiples, festejo de cumpleaños .....	65
<b>Foto 3.</b> Jueves de misa en El Refugio .....	66
<b>Foto 4.</b> Dos residentes en la sala de televisión .....	68
<b>Foto 5.</b> Sala de televisión, pared con fotografías de los residentes cuando eran jóvenes .....	69
<b>Fotografías 6, 7 y 8.</b> Algunos de los residentes en fotografías de su juventud .....	69
<b>Foto 9.</b> El corredor con los sillones individuales, frente a las escaleras y la puerta de madera del elevador. Una visitante revisa el suero de su madre, que está en silla de ruedas. Otra de las residentes, enferma de alzhéimer, con la pierna enyesada debido a un accidente en el elevador.	70
<b>Foto 10.</b> La sala de rehabilitación vista desde la rampa: cama, tina y timón	71
<b>Foto 11.</b> Los residentes escuchando música, sentados en círculo en el salón de usos múltiples frente a la capilla .....	72
<b>Foto 12.</b> El cuarto de personal .....	73
<b>Foto 13.</b> La cocina .....	74
<b>Foto 14.</b> El patio de lavado, los tambos para clasificar la ropa sucia .....	75
<b>Fotos 15 y 16.</b> La habitación de la planta baja y su sanitario sin puerta. Hay un sillón junto a la cama para que el residente reciba visitas .....	76
<b>Fotos 17 y 18.</b> La habitación con camas hospitalarias y la habitación para las residentes con alzheimer .....	77
<b>Foto 19.</b> La habitación “individual” .....	78
<b>Foto 20.</b> El dormitorio principal, al fondo las habitaciones “individuales” .....	79

<b>Foto 21.</b> La habitación más grande para residentes varones, al fondo una rampa que lleva a otra habitación con dos camas .....	80
<b>Plano 1.</b> La planta baja de El Refugio .....	81
<b>Plano 2.</b> La planta alta de El Refugio .....	82
<b>Gráfica 1.</b> Edades de los residentes de El Refugio .....	101
<b>Cuadro 1.</b> Fechas de ingreso a la institución de los residentes de El Refugio .....	102
<b>Cuadro 2.</b> Principales enfermedades diagnosticadas a los residentes de El Refugio.....	104
<b>Gráfica 2.</b> Situación de residencia inmediatamente previa a El Refugio	107
<b>Gráfica 3.</b> Tipo de relación entre el residente y el “familiar responsable”	108
<b>Gráfica 4.</b> Tipo de financiamiento utilizado para pagar la cuota de El Refugio .....	109
<b>Gráfica 5.</b> Trabajo que desempeñaron los residentes durante su vida laboral activa .....	110
<b>Cuadro 3.</b> Ejemplo de un menú semanal .....	113

## PRESENTACIÓN

Atardecer en *El Refugio*: La vida cotidiana de los residentes de una institución geriátrica asilar en San Luis Potosí.

La imagen del atardecer se utiliza para referirse metafóricamente a la vejez como etapa final de la vida, aquella que inevitablemente precede a la muerte. Aunque podemos fallecer en cualquier etapa de la vida, quien llega a la vejez sabe que el momento de morir está cada vez más cerca conforme el tiempo continúa avanzando. Al titular mi texto como “Atardecer en El Refugio” quise aludir a la experiencia particular de vivir los últimos años de la vida internado en una institución geriátrica, que es finalmente el eje de reflexión del presente trabajo.

Las temáticas de investigación relacionadas con el envejecimiento y las necesidades de asistencia de los adultos mayores han adquirido una especial relevancia a partir de la difusión de estudios demográficos que señalan un notable incremento en la proporción que los adultos mayores representan dentro de la población mundial, así como la tendencia a la continuidad de dicho proceso. Tales estudios demográficos sugieren que el envejecimiento de la población transformará la composición de las sociedades<sup>1</sup> y con ello surgirán nuevas necesidades de atención a su población, especialmente en el ámbito de la seguridad social y la atención a enfermos crónicos. Con fundamento en estas proyecciones se ha puesto interés, desde diversos enfoques de estudio, en analizar las problemáticas que enfrentan los adultos mayores respecto al tipo de atención que requieren ante sus problemáticas específicas.

En mi caso me aproximé a la reflexión sobre las problemáticas que enfrentan los adultos mayores a través de un curso que recibí en el Consejo Estatal de Población de Querétaro, mientras realizaba mi servicio social como parte de mis estudios de licenciatura en antropología. Comencé a investigar más

---

<sup>1</sup> Según cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO) mientras que en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, para el año 2050 se espera que esta proporción aumente a una de cada cinco. En México, mientras que actualmente los adultos mayores representan el 8.5% de la población se espera que en el 2050 dicha proporción sea del 27.7%, es decir que a mediados de este siglo uno de cada tres mexicanos se encontrará dentro de este grupo de edad.

sobre el tema para elaborar un proyecto de tesis; mientras leía las historias de los adultos mayores dependientes me sensibilicé ante la temática porque cuando era pequeña me impactó la relación que había entre mi abuela y el resto de la familia, así como las complicaciones que observé que ella tenía para realizar actividades diarias que antes le resultaban sencillas, para tratar con sus familiares y para decidir sobre su propio cuidado. Los últimos años de vida de mi abuela, su envejecimiento y su fallecimiento me plantearon muchas preguntas siendo pequeña; al elaborar mi proyecto de tesis de la licenciatura esas preguntas fueron madurando en un interés de investigación en torno a las alternativas de atención y de apoyo que hay en México para las personas adultas mayores dependientes y para sus grupos familiares, tema con el cual me he sentido comprometida desde entonces.

Mi primer acercamiento a las instituciones de tipo geriátrico fue por lo tanto durante la elaboración de mi tesis de licenciatura, oportunidad en la que estuve realizando trabajo de campo en asilos, en clubes para la tercera edad y en estancias de día de la ciudad de Querétaro. En esa experiencia me impactó el trato que recibían los adultos mayores en los asilos, sus condiciones austeras y las implicaciones cotidianas del internamiento en su vida. Fue por ello que en este trabajo decidí seguir investigando el tema de la asistencia institucionalizada para adultos mayores dependientes, enfocándome en la modalidad asilar de la misma y proponiéndome realizar un análisis sobre la vida diaria de quienes viven allí, pues considero que es de suma importancia para la reflexión y la planeación de la asistencia de los adultos mayores dependientes conocer casos concretos de cómo ésta se desarrolla en la práctica.

Los centros geriátricos de tipo asilar representan una forma particular de cuidado para los adultos mayores, ya que en estos casos la institución tiene la responsabilidad de asistirles en todas sus actividades cotidianas, desde garantizarle las condiciones materiales de subsistencia hasta brindarle atención médica, compañía e incluso en ciertos casos un funeral digno. El papel de la familia por lo tanto se reduce, en algunos casos, al pago de una cuota que cubre el servicio que brinda la institución, mientras que en muchos otros la familia está

completamente ausente (tal es el caso de los adultos mayores indigentes que terminan viviendo en un asilo de beneficencia, por ejemplo).

En tanto que la institución asilar tiene una importante potestad sobre las vidas de sus residentes (quienes dependen diariamente del personal que trabaja allí) me parece que es importante conocer a través de casos concretos cómo se ejerce la misma y con ello poder reflexionar sobre la calidad de vida que le ofrecen este tipo de instituciones a los adultos mayores. Los trabajos que analizan esta problemática pueden contribuir a comprender el papel que tienen las instituciones geriátricas asilares en el cuidado de los adultos mayores, así como identificar y analizar las circunstancias por las cuales una persona ingresa en instituciones de este tipo.

Me parece que en un contexto más amplio, este tipo de información puede aportar a la construcción de un panorama sobre cómo se desarrolla el proceso de envejecimiento en condiciones de dependencia, sobre las problemáticas que enfrentan quienes envejecen y sobre las formas en que se atienden sus necesidades en un ámbito institucional.

Por lo tanto, mi trabajo se plantea describir y analizar la vida cotidiana de los residentes de una institución geriátrica asilar con la finalidad de conocer cómo vive un grupo de adultos mayores con altos niveles de dependencia y en una situación de internamiento. En este texto trato de ofrecerle al lector una mirada hacia el interior de la institución geriátrica asilar, invitándolo a reflexionar sobre el tipo de cuidado que ofrece y la calidad de vida que tienen los adultos mayores que pasan allí la etapa final de su existencia. Para ello organicé el trabajo en cinco capítulos cuyo contenido, a grandes rasgos, es el siguiente:

- Capítulo 1. *Vivir en una institución geriátrica asilar*. En este apartado presento las principales interrogantes y los objetivos de la investigación, así como una reflexión metodológica sobre cómo se desarrolló la misma.

- Capítulo 2. *Vejez, dependencia e internamiento*. En este apartado presento las principales teorías y conceptos que se retomaron para conducir la investigación.
- Capítulo 3. *La estructura de la institución geriátrica asilar*. En este apartado realizo una descripción de la institución geriátrica que se tomó como unidad de análisis, así como un perfil general del personal que labora en la misma y de las actividades que realiza cotidianamente.
- Capítulo 4. *Los residentes de El Refugio, un día típico*. Este capítulo está dedicado a presentar un perfil general de los adultos mayores que viven en la institución geriátrica y a analizar cómo se desarrollan sus vidas cotidianas en la institución mediante el recurso de narrar un día típico en el interior de la misma.
- Capítulo 5. *Una mirada a las causas del internamiento en la IGA*. En este capítulo presento un análisis general de las historias de los residentes del asilo, identificando ciertos puntos comunes en sus biografías que se relacionan con el internamiento, así como algunas de sus historias personales (las que considero como más representativas para este estudio) desarrolladas de manera más detallada.

Para concluir, quisiera dedicar los siguientes párrafos para agradecer a todas las personas que hicieron posible este trabajo de tesis. En primer lugar le agradezco a los residentes y al personal de “El Refugio”, quienes me permitieron compartir sus vidas de manera cotidiana durante un tiempo, me explicaron con paciencia su mundo, y aceptaron que participara de sus celebraciones y de sus rutinas. Igualmente agradecida me encuentro con los familiares de los residentes que me permitieron entrar en sus casas y compartieron conmigo parte de sus historias, a pesar de los sentimientos dolorosos que llegaron a aflorar en las entrevistas, y deseando aportar algo a la sociedad al contar su experiencia.

La etapa de mi vida en la que elaboré este trabajo ha estado marcada por un gran sufrimiento personal debido al súbito y trágico fallecimiento de mi hermano

Francisco. En mis esfuerzos por sobreponerme al dolor y concluir este trabajo de investigación tuve siempre el respaldo de mi directora de tesis, la Dra. Rosa María Osorio, a quien le agradezco profundamente su solidaridad, así como el tiempo que dedicó para guiarme a lo largo de mi trabajo de investigación desde que éste era sólo una idea. Agradezco también el apoyo y la comprensión de la Coordinación de la Maestría en Antropología Social a cargo de la Dra. Eva Salgado y del Consejo Académico de CIESAS. Agradezco a CONACYT por la beca que me otorgó para poder realizar mis estudios.

He contado en todo momento con el cariño de mis padres, Oresta y Francisco, quienes a pesar de su propio dolor me brindaron su apoyo y me impulsaron a seguir adelante. A ellos, y a todos los que me han acompañado en el camino, mi inmenso amor y gratitud.

# **CAPÍTULO 1**

## **Vivir en una institución geriátrica asilar.**

### **Introducción.**

El presente trabajo es un análisis sobre la vida diaria que llevan los adultos mayores residentes de una institución geriátrica asilar en la ciudad de San Luis Potosí, que es una de las ocho entidades del país que tienen una mayor proporción de adultos mayores en relación a su población total (aproximadamente el 8%) y se espera que en el año 2050 esta proporción sea del 20% [CONAPO, 2004, p. 28]. La mayoría de la población de la entidad vive en la ciudad capital de San Luis Potosí, por lo tanto allí es donde habita la mayoría de la población de 60 o más años, y es por lo tanto relevante considerar las alternativas de cuidado que están disponibles para atender a los adultos mayores dependientes que viven en San Luis Potosí.

Aunque en el Capítulo 2 desarrollo el concepto de dependencia, baste por ahora señalar que por adultos mayores dependientes me refiero a aquellas personas que tienen 60 o más años de edad y que debido a enfermedades o limitaciones físicas y/o mentales requieren de asistencia diaria y constante para realizar sus actividades cotidianas. Las cifras que maneja el Consejo Nacional de Población señalan que en la tercera parte de los hogares mexicanos vive al menos un adulto mayor, la mayoría con familiares, mientras que el 15% viven solos [CONAPO, 2009]. En este trabajo mi objetivo es conocer cómo vive un grupo de adultos mayores residentes de una institución geriátrica asilar y realizar un primer acercamiento al análisis de las circunstancias que los llevaron al internamiento.

Me parece importante señalar que en este trabajo retomo parte del enfoque del envejecimiento poblacional como un referente contextual que nos sugiere una serie de cambios estructurales derivados de la dinámica poblacional, más no es mi intención sumarme a la noción, que también sugiere dicho enfoque, en cuanto al “gasto excesivo” que representarán los adultos mayores para la seguridad social o el “colapso” de la misma debido al aumento en la proporción de jubilados y

enfermos crónicos. Es mi intención en cambio, orientar la reflexión hacia el tipo de necesidades específicas que tienen los adultos mayores dependientes, narrar cómo viven día a día con sus dificultades particulares, analizar cómo éstas se resuelven precisamente fuera del sistema de seguridad social proporcionado por el Estado y seguramente en parte se resuelven así debido a las carencias actuales del mismo.

### **1.1.- La vejez.**

Podemos considerar la vejez como la etapa final de la vida, cuando el sujeto se encuentra cada vez más cerca de su expiración y la conciencia de esta situación. Quienes han llegado a ser ancianos tienen la certeza de que cada vez está más cercana su muerte o que su vida se acerca al final. La forma en que cada persona envejece es diferente y esto tiene que ver no únicamente con que siga un proceso particular de envejecimiento fisiológico, sino también con que

[...] el envejecer, así como el morir, son procesos identitarios locales; es decir, son producto de las circunstancias provenientes del contexto social donde se desarrollan y organizan las actividades cotidianas como del estado de ánimo con que se les enfrente y del sentido que el sujeto le atribuya al existir y al morir de acuerdo con sus costumbres, creencias, tradiciones, etcétera. [VAZQUEZ, 1999, pp. 65-66].

Para marcar el inicio de la vejez se utilizan principalmente parámetros de tipo cronológico, la edad en la que se calcula el inicio de la vejez ha ido cambiando conforme se ha incrementado la esperanza de vida de la población mundial. Actualmente se considera que quienes tienen 60 o más años de edad se encuentran dentro de la etapa de vejez.

Dentro del amplio y diverso grupo conformado por los “mayores de 60” se han considerado también ciertas distinciones, pues resultarán muy diferentes las condiciones tanto psicofísicas como sociales de una persona que tiene 60 años de edad a las de una persona con 80 o más años de edad, por ejemplo. El Consejo

Estatad de Población propone dividir la vejez en cuatro etapas [CONAPO, 2009, p.1]:

1. La “prevejez” conformada por quienes tienen entre 60 y 64 años.
2. La “etapa funcional” conformada por aquellos que tienen entre 65 y 74 años
3. La “plena vejez” conformada por los adultos entre 75 y 79 años.
4. La “vejez avanzada” conformada por quienes tienen 80 años y más.

Me parece que esta clasificación es útil principalmente para tener en cuenta la heterogeneidad en este grupo poblacional, así como las diferentes necesidades de asistencia que cada “subgrupo” puede requerir en términos de sus niveles de dependencia a partir del deterioro de su salud física y/o mental. Por ejemplo, mientras que el 45% de los adultos mayores en las edades de “prevejez” y el 34% de quienes están en la “etapa funcional” continúan trabajando, solamente un 11% de los adultos en “vejez avanzada” siguen haciéndolo [CONAPO, 2009, p.2]. Estas cifras pueden sugerirnos que serán los mayores de 80 quienes tengan una mayor vulnerabilidad tanto económica como en su estado de salud.

Mientras que en las etapas vitales previas a la vejez se espera que la persona continúe viviendo, creciendo y desarrollándose (pasar de la infancia a la juventud y después a la adultez, para finalmente llegar a la vejez) lo que sigue de la vejez es el fallecimiento. Para algunas personas la muerte física no significa el final de la vida y en esos casos, de acuerdo con sus creencias religiosas o culturales, la vejez podría considerarse como la etapa que precede a esa trascendencia del alma o de la mente, a la reencarnación o al paraíso, por ejemplo. Independientemente de si compartimos estas creencias, la muerte física es inevitable y es lo que sigue a la vejez.

Al ser la etapa final de la vida, la vejez también puede ser un momento de reflexión y de maduración personal, en tanto que la cercanía inminente de la muerte puede darle un nuevo significado a la vida y a las experiencias pasadas. La edad avanzada se asocia con una mayor comprensión de la existencia debido a la experiencia que ha tenido la persona en el mundo, y por ello la vejez se

asocia también con la sabiduría y con la autoridad moral sobre otras personas de menor edad y menor experiencia vital.

La vejez se relaciona también con pérdidas en diferentes ámbitos, principalmente en el de la salud, en lo material y en las interacciones sociales. Las dos últimas se relacionan directamente con la jubilación de un empleo formal, y generan cambios en la vida cotidiana de los adultos mayores en cuanto a la frecuencia y calidad de las amistades y las relaciones familiares que tienen, y en cuanto al nivel de vida material al que están acostumbrados [CANTON, 1998, p. 221 – 228].

En síntesis y de manera burda, en nuestra cultura la trayectoria de vida “ideal” de una persona se conforma por una serie de etapas que se suceden cronológicamente: la infancia, la juventud, la adultez, la vejez y la muerte. Las etapas vitales tienen un principio y un fin señalados de manera cronológica, lo anterior con un propósito principalmente institucional que permite clasificar a la población y reglamentar su acceso a los servicios del Estado y a los espacios públicos.

La vejez tiene un inicio señalado bajo parámetros institucionales y un final que no es posible determinar cronológicamente y que se deja abierto a los años que sobreviva la persona (“60 y más años de edad”). Lo que nos indica también este modelo ideal de la trayectoria vital es que vivimos en una sociedad en donde la muerte se considera un evento natural solamente en los ancianos (pues su vida ha durado lo que “debía” durar) mientras que en el resto de las etapas vitales la muerte aparece como una interrupción prematura.

## **1.2.- Los adultos mayores dependientes y sus necesidades específicas de asistencia: el papel de las instituciones geriátricas.**

Los adultos mayores tienen necesidades sanitarias diferentes a las del resto de la población debido a las características particulares de sus padecimientos y enfermedades que son en su mayoría de tipo crónico-degenerativo. En general dentro de esta etapa de la vida se pueden presentar ciertas disminuciones en

cuanto a la salud física de las personas y quizá también en cuanto a su salud mental, lo cual representa la necesidad de recurrir a diferentes tipos de ayuda y de asistencia.

Son consideradas como dependientes aquellas personas que requieren de asistencia constante para realizar sus actividades diarias debido a algún impedimento físico y/o mental relacionado con su estado de salud. La vejez y la dependencia no van necesariamente juntas, sin embargo es más probable que esta última se presente y gradualmente se incremente en dicha etapa de la vida en comparación con otras previas, debido principalmente a las discapacidades causadas por enfermedades crónico-degenerativas. Esta necesidad diaria de asistencia nos lleva a considerar que el proceso social de envejecimiento involucra a otros actores sociales (no necesariamente envejecidos) que se encargan de proporcionar ayuda a los adultos mayores dependientes, principalmente identificamos a la familia, a las redes sociales de apoyo formadas por amigos, vecinos y colegas, y a los servicios de los cuidadores profesionales y de las instituciones geriátricas.

Para realizar esta investigación partí de la premisa de que los adultos mayores enfrentan problemáticas diversas en relación a sus condiciones de autonomía psicofísica y material, tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento es un fenómeno que se relaciona con procesos sociales, culturales y cambios en su estado de salud, que dan como resultado configuraciones particulares de las condiciones en las que viven durante la vejez. En esta investigación mi objetivo es analizar las problemáticas y las condiciones de vida particulares de adultos mayores dependientes que viven en una institución geriátrica asilar<sup>2</sup>, a fin de dar cuenta del tipo de cuidado que reciben y con ello reflexionar acerca de las implicaciones que tiene la IGA en su calidad de vida.

A pesar de la heterogeneidad que pueden tener los adultos mayores en sus características como grupo de población y en las problemáticas particulares que enfrentan, algo que todos comparten en cuanto a las alternativas que tienen

---

<sup>2</sup> En adelante, también abreviado como “IGA”.

disponibles para recibir asistencia en su vida diaria es que debido a las limitaciones que tiene el sistema de seguridad social de nuestro país reciben un apoyo muy escaso por parte de las instituciones del Estado para atender sus necesidades específicas, por lo que las problemáticas de los adultos mayores tienen que resolverse principalmente con los recursos de sus redes familiares de apoyo.

Las redes familiares pueden tener muchas limitaciones para asumir el cuidado de los adultos mayores dependientes por sus propios medios, como por ejemplo la falta de conocimientos especializados para atender al adulto mayor en lo relacionado con su estado físico y/o mental de salud (así como la falta de espacios de formación gratuita y accesible para adquirir dichos conocimientos); la falta de recursos económicos suficientes para solventar los medicamentos y demás recursos materiales necesarios para el cuidado médico del adulto mayor dependiente; la falta de tiempo para desarrollar las actividades de cuidado de manera conjunta con las actividades laborales y de mantenimiento del hogar; la falta de disposición a enfrentar el cuidado del adulto mayor por conflictos familiares, problemas personales o dificultades en la relación emocional con el adulto mayor; la falta de ayuda psicológica para enfrentar los sufrimientos y dificultades emocionales que implica el cuidado de un adulto mayor dependiente; la falta de apoyo de otros miembros de la familia para enfrentar todas las tareas de asistencia y sostenimiento material del adulto mayor; etcétera. Todas estas dificultades, entre otras, aunadas a la falta de recursos sociales que apoyen el cuidado de los adultos mayores dependientes en sus propios hogares, pueden conducir a la familia a internar al adulto mayor en una IGA como solución ante las problemáticas que la presencia de éste les genera de manera cotidiana.

Las dificultades que enfrentan los cuidadores informales de adultos mayores se ven incrementadas por la ausencia de mecanismos específicos de apoyo que soporten el sistema de cuidado familiar de las personas dependientes; lo anterior por considerar que la dependencia es un problema individual que deben enfrentar las familias por sus propios medios y no una responsabilidad colectiva que debe ser apoyada por los sistemas de seguridad social del Estado, a

diferencia de otros países en donde hay apoyos económicos y de servicios para las personas que cuidan de un adulto mayor o de una persona con discapacidad, permitiéndoles tener más tiempo disponible y condiciones materiales más favorables para llevar a cabo sus tareas de asistencia diaria. Esta perspectiva de la responsabilidad individual en relación al cuidado de las personas dependientes se refleja también en que la mayoría de las instituciones geriátricas que hay en nuestro país son creadas y operadas por particulares y no por el Estado.

A través de las instituciones geriátricas es posible para algunos adultos mayores y sus familiares acceder a servicios de asistencia (gratuitos o pagados) enfocados en la atención de población anciana con diversos problemas y necesidades. La IGA en la que se desarrolló esta investigación fue de tipo asilar, privada, con fines de lucro y enfocada en atender población de clase media, principalmente para adultos mayores con altos niveles de dependencia y severamente afectados en sus condiciones físicas y/o mentales por alguna enfermedad<sup>3</sup>.

La institución geriátrica se puede definir como el organismo que se encarga de brindar a los adultos mayores algún tipo de asistencia relacionada con las problemáticas particulares de su grupo de edad. En especial las instituciones geriátricas se han enfocado en los problemas relacionados con el deterioro de la salud física y mental de los adultos mayores y con su necesidad de vivienda. Las instituciones de este giro ofrecen a los adultos mayores servicios tales como:

- a) Espacios de entretenimiento y socialización con personas del mismo grupo de edad a través de clubes para la tercera edad y centros de día, ya que se parte de los supuestos de que al jubilarse del trabajo formal los adultos mayores dejan de tener oportunidades para socializar con gente de su edad y de que ahora tienen mucho tiempo libre que pueden ocupar en actividades lúdicas que quizá no tuvieron la oportunidad de realizar en otras etapas de su vida. Este

---

<sup>3</sup> Es importante señalar que el término “institución geriátrica asilar” se utiliza en esta investigación para delimitar el tipo de atención de que se trata, pues hay instituciones geriátricas de diversos perfiles y giros que no son necesariamente el asilar. Este punto se desarrolla de manera más extensa en el Capítulo 2.

tipo de servicio es fundamentalmente para adultos mayores autónomos o con bajos niveles de dependencia en cuanto a su estado de salud.

- b) Servicios de enfermería y de cuidados paliativos para personas con enfermedades crónicas y degenerativas, que buscan cubrir las necesidades diarias de asistencia de los adultos mayores dependientes y de sus familias.
- c) Espacios de vivienda asistida que le permitan al adulto mayor mantener su propia vivienda y recibir ayuda en las áreas que lo requiera, por ejemplo la limpieza, la preparación de alimentos, asistencia en las actividades de mantenimiento y transportación, así como acompañamiento y asistencia temporal en ciertas actividades diarias relacionadas con su cuidado personal.
- d) Espacios de vivienda y asistencia diaria a través del sistema asilar, en donde se cubren las necesidades materiales y sanitarias de varios adultos mayores en un espacio común.

La institución geriátrica tiene también el papel de ofrecer soluciones a ciertas complicaciones que pueden tener los cuidadores informales de los adultos mayores, que pueden apoyarse en las instituciones para recibir asistencias temporales o parciales en el desempeño de ciertas actividades de cuidado, como por ejemplo el contratar asistencia a domicilio para que un profesional realice las tareas relacionadas con la higiene personal del adulto mayor o el poder contar con los servicios de un centro de día en donde el adulto mayor permanece bajo el cuidado de profesionales mientras el cuidador informal realiza otras actividades para las que de otra manera no tendría tiempo disponible.

El tipo de cuidado que ofrece la IGA (fuera del hogar y a cargo de personas que no tienen ninguna relación familiar o de amistad con el adulto mayor) se encuentra seriamente estigmatizado en nuestra sociedad. Los “asilos” (como se le llama comúnmente a las IGA) son considerados como lugares deprimentes en donde los ancianos son abandonados para morir solos, y los familiares que ingresan a sus padres o abuelos en este tipo de casas son seriamente cuestionados por el resto en cuanto a su moral, sus valores y su calidad como “buenas” o “malas” personas.

El presente trabajo no pretende hacer un juicio en cuanto a la calidad moral de los familiares que ingresaron al anciano en la IGA, más bien parte de la noción de que es necesario pensar el cuidado de los adultos mayores dependientes no únicamente como una responsabilidad individual, en el sentido de una relación de reciprocidad entre parientes, sino también como parte de una responsabilidad social que recae principalmente en las instituciones de seguridad pública, cuyas carencias actuales ofrecen pocas alternativas de asistencia para este grupo de la población, por lo que algunas familias terminan recurriendo a los servicios de IGA's costosas, con poca profesionalización en sus servicios de asistencia y poca vigilancia por parte de las autoridades en cuanto a su funcionamiento y a la calidad de la atención que ofrecen.

En torno a los asilos hay historias muy graves de abuso y negligencia por parte del personal hacia los residentes, que son quienes se encuentran más vulnerables en esta relación, especialmente los más ancianos y con mayores niveles de dependencia, y es por ellos que resulta necesario hacer un análisis crítico en cuanto al tipo de servicio que están recibiendo en estos establecimientos. El presente trabajo está encaminado a realizar un análisis sobre el tipo de implicaciones que puede llegar a tener la falta de profesionalización del cuidado que ofrecen actualmente las instituciones geriátricas asilares en las vidas cotidianas de los residentes, en su seguridad personal y en su dignidad.

### **1.3.- La importancia de analizar la institución geriátrica asilar: preguntas y objetivos.**

En México, la ausencia actual de un sistema de seguridad social que respalde el cuidado familiar que se brinda a los adultos mayores dependientes en sus casas favorece la creación de instituciones geriátricas de tipo asilar, ya sea con fines de lucro o con fines de beneficencia. La asistencia geriátrica privada de tipo asilar se enfoca por lo tanto en dos grupos sociales contrastantes: la población de clase media y alta que puede pagar las cuotas de las instituciones privadas y la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema que es candidato de las instituciones de beneficencia.

Me pareció importante enfocar el estudio en las instituciones geriátricas de tipo asilar porque la gran mayoría de éstas ejercen una significativa potestad sobre sus residentes, lo que implica a la vez una gran responsabilidad: se encargan de proveer asistencia diaria a los adultos mayores, toman las decisiones sobre su cuidado cotidiano, establecen ciertas condiciones sociales y materiales de vida diaria para los residentes, son responsables por la seguridad personal y la integridad física de los residentes, e incluso en muchos casos también son quienes brindan compañía a la persona en el momento de su muerte y efectúan los trámites y rituales que es necesario realizar después de la misma.

En tanto que las instituciones geriátricas son una alternativa representativa para un amplio espectro de la población, y en tanto el nivel de responsabilidad que ejercen sobre sus residentes, considero que es importante analizar el tipo de atención que se ofrece en su interior así como la forma en que viven los adultos mayores allí. El eje de esta investigación es, por lo tanto, describir las condiciones de vida que tienen los adultos mayores residentes en instituciones geriátricas.

La hipótesis que conduce la investigación es que, mientras que la IGA promete ofrecer servicios especializados y personalizados de atención para el adulto mayor dependiente, en la práctica cotidiana de la asistencia hay diversas carencias en cuanto a los recursos materiales y humanos con los que opera la institución que resultan en una falta de profesionalización en las actividades de cuidado que brinda a los residentes, y que esta falta de profesionalización tiene repercusiones negativas en las condiciones de vida de los adultos mayores residentes de la institución.

En la presente investigación se realiza también una exploración inicial en cuanto a las causas que conducen a los adultos mayores a la situación de internamiento, haciendo especial énfasis en el papel que juegan los niveles de dependencia del adulto mayor en relación, independientemente de la situación económica familiar. Mi planteamiento en este trabajo es que actualmente la IGA representa una alternativa de asistencia para los adultos mayores y sus familiares, a pesar de todas las carencias que tiene en la calidad de los servicios que ofrece,

debido a la ausencia de otros recursos sociales encaminados a apoyar la asistencia de los adultos mayores dependientes en el hogar.

Las preguntas que guiaron la investigación son las siguientes:

- 1.- ¿Cuáles son las condiciones de vida que tienen los residentes en el interior de la IGA?
- 2.- ¿Cuál es la rutina diaria de los residentes al interior de la IGA?
- 3.- ¿Cómo se puede evaluar la calidad de la atención que reciben los residentes en la IGA en relación al tipo de asistencia que se les brinda y a las condiciones materiales y sociales en que viven?
- 4.- ¿Cuáles fueron, a grandes rasgos, las condiciones que propiciaron que el adulto mayor ingresara a la IGA?
- 5.- ¿Qué tipo de alternativa de asistencia representa la IGA para los adultos mayores dependientes y sus familias en relación a las carencias actuales del sistema de seguridad social mexicano?

A partir de estas preguntas, los objetivos de la investigación son los siguientes:

- 1.- Describir y analizar las condiciones materiales y sociales en las que vive el adulto mayor como residente de la IGA.
- 2.- Describir y analizar cómo se organiza y se desenvuelve la vida diaria de los residentes de la IGA.
- 3.- Analizar los aspectos positivos y negativos que tienen las condiciones materiales y sociales de los residentes al interior de la IGA en cuanto a su calidad de vida y al tipo de asistencia que reciben.
- 4.- Identificar y analizar las causas del internamiento del adulto mayor desde la perspectiva del familiar responsable y del personal de la institución.
- 5.- Analizar, a partir de las implicaciones que tiene el tipo de asistencia que ofrece la IGA en la vida cotidiana de los residentes, qué tipo de alternativa representa dentro de las actualmente disponibles para los adultos mayores dependientes en México.

Los puntos principales de la descripción y el análisis de la vida diaria de los residentes al interior de la IGA se centraron en registrar las actividades diarias que se realizaban, en qué horarios, quienes participaban en cada actividad y de qué manera, y cómo se distribuían esas actividades de manera espacial en la institución, es decir con qué espacios cuenta la IGA, para qué y cómo se utiliza cada uno.

En cuanto a la rutina diaria me enfoqué en registrar en detalle algunas de las sesiones de actividades recreativas y de celebraciones, para describir cómo realizan, la forma en que participaba cada uno de los residentes y los miembros del personal, sus interacciones y la forma en que usaban el espacio. Como parte de las condiciones de vida de los residentes me enfoqué en registrar el menú de alimentos de varias semanas, para saber qué es lo que comen los residentes y preguntar sobre cómo se deciden los menús, como se surten y se administran los alimentos, y cuáles son las recomendaciones que se toman en cuenta para prepararlos.

En cuanto al personal observé cuáles eran las tareas de cada miembro y con ello las diferentes áreas de trabajo de la institución (por ejemplo cocina, aseo, actividades recreativas, etc.). Así mismo busqué identificar y describir las tareas de asistencia personal que realizan los cuidadores en lo relativo a la higiene del residente, su alimentación, curaciones, suministro de medicamentos, su traslado, la compañía y vigilancia que se le proporciona.

Así mismo me enfoqué en analizar el tipo de interacciones que hay entre los residentes, y entre el personal y los residentes, y la forma en que se resolvían ciertos conflictos relacionados con las exigencias del residente, con el tipo de servicio que ofrece el miembro del personal, o relacionados con el estado de salud y de ánimo del residente. Dentro de este punto registré también el procedimiento para solucionar emergencias médicas y accidentes de los residentes por parte del personal. Por último observé las visitas de los familiares, la duración de las

mismas, las actividades que se realizan durante la visita, y el lugar en donde se desarrolla.<sup>4</sup>

Para finalizar este apartado me parece que es importante señalar las causas por las cuales este trabajo es principalmente descriptivo. Inicialmente el proyecto de investigación planteaba la importancia de entrevistar a los adultos mayores residentes de la institución geriátrica asilar, su experiencia personal como residentes de la IGA era el centro del análisis y el objetivo era reconstruir a partir de sus relatos la trayectoria de vida que los había llevado a ingresar en la IGA.

Desafortunadamente, al momento de iniciar el trabajo de campo no fue posible continuar con dicho enfoque ya que me encontré con que los residentes de las IGA se encuentran en su mayoría dentro de etapas muy avanzadas del envejecimiento y con discapacidades muy significativas, ya sea físicas y/o mentales<sup>5</sup>, que les impiden comunicarse verbalmente, recordar su propia historia, o mantenerse despiertos y conscientes, por lo que realizarles entrevistas a profundidad dejó de ser una opción para la investigación y la observación participante se convirtió en el recurso para poder dar testimonio de cómo pasan sus vidas ahora que son muy ancianos y viven en una institución geriátrica.<sup>6</sup> Para decidir hacer este cambio en el enfoque de análisis, partí también de la importancia que pueden tener este tipo de estudios para analizar el cuidado que brindan las instituciones geriátricas asilares, así mismo tomé en consideración la

---

<sup>4</sup> Llevar un seguimiento de la frecuencia de las visitas fue muy complicado porque no hay horario de visitas, por lo que éstas podían suceder en cualquier momento, y no hay un registro en la institución en donde quede un seguimiento de las mismas, por lo que la información que tengo al respecto no es minuciosa.

<sup>5</sup> El estado de salud de los residentes y el tipo de requerimientos de asistencia diaria que tienen se desarrolla con amplitud en el Capítulo 4.

<sup>6</sup> Leticia Robles hace una interesante reflexión en relación a cómo la discapacidad “constituye una barrera para incluir a ancianos con dependencia avanzada o severa como informantes durante el trabajo de campo” [2009, p. 130] en un artículo titulado *Para investigar la vejez: desafíos y alternativas durante el trabajo de campo*. En dicho trabajo la autora señala que la voz de los adultos mayores en edades más avanzadas y con más discapacidades físicas y/o mentales se encuentra sub-representada en los estudios sobre envejecimiento debido a la dificultad que se presenta por su estado de salud para entrevistarlos y retomar su experiencia (por ejemplo las discapacidades que les impiden hablar, las enfermedades que afectan su memoria por lo que no pueden mantener el hilo de la narración o recordar ciertos eventos, etc.). Así mismo, la autora invita a reflexionar acerca de la necesidad de nuevas metodologías en la investigación antropológica que permitan incorporar a este grupo social a los estudios sobre envejecimiento.

escasa producción de estudios que hablen sobre la vida interna de la institución geriátrica asilar en nuestro país y la necesidad de llevarlos a cabo.

Para poder reconstruir parte de la vida de los residentes previa al internamiento y de conocer un poco más sobre de sus biografías entrevisté a los familiares que me lo permitieron; para ello recurrí a guías de entrevista que me permitieran obtener información relativa a los siguientes puntos principalmente: las condiciones familiares, materiales y de estado de salud que tenía el adulto mayor antes de ingresar en la IGA, con el objetivo de conocer las causas del internamiento. Por lo breve que fue el tiempo destinado para realizar el trabajo de campo (4 meses) y lo imprevisto de este giro en la investigación, no fue posible profundizar lo suficiente como para realizar un análisis riguroso en cuanto a las trayectorias que llevaron a los adultos mayores a la institucionalización. Debido a esta limitación, en el presente trabajo he dejado la información de los familiares como un referente del tipo de problemáticas relacionadas al cuidado del adulto mayor dependiente que enfrentaba la familia antes del internamiento, y es un punto que me gustaría desarrollar en futuras investigaciones.

A partir de lo planteado hasta el momento, fue que decidí centrarme principalmente en la descripción de la vida cotidiana de los residentes en la IGA, para poder dar cuenta con la mayor profundidad posible de sus condiciones de vida actuales, del tipo de cuidados que reciben, de las condiciones materiales en las que se desarrollan sus vidas cotidianas y del tipo de interacciones sociales en las que participan. Todo lo anterior con la finalidad de analizar el tipo de cuidado que reciben y hacer un análisis sobre su calidad de vida como residentes de la institución.

#### **1.4.- Metodología de la investigación y desarrollo del trabajo de campo.**

En la ciudad de San Luis Potosí hay actualmente 20 instituciones geriátricas de tipo asilar registradas ante el DIF Estatal (hay otras instituciones registradas en el directorio de dicha instancia pero no son de tipo asilar sino clubes para la tercera edad o estancias de día). En la ciudad hay solamente una institución geriátrica asilar que es propiedad del Estado y el resto pertenecen a particulares;

en su mayoría son operadas por particulares relacionados con la iglesia católica y se enfocan a atender a personas en extrema pobreza, desamparo e indigencia. Las instituciones de tipo residencia asistida que hay en la ciudad se encuentran enfocadas en su totalidad al alojamiento de personas de las clases media y alta y no se encuentran registradas ante el DIF Estatal.

Para seleccionar una IGA de la ciudad como unidad de análisis, decidí descartar de mis opciones aquellas que se dedican a la atención exclusiva de pacientes de alzhéimer y también aquellos asilos que se enfocaran en población indigente o con condiciones de extrema pobreza, ya que mi proyecto no consideraba el análisis de estas variables adicionales (pobreza y enfermedad mental) en la problemática del internamiento porque recomplejizaría su abordaje. Por lo tanto para seleccionar la unidad de análisis busqué una institución que no se enfocara en atender a pacientes con una enfermedad mental específica, que atendiera población de clase media y en la que una parte mayoritaria de los residentes tuvieran vínculos con sus familiares, es decir que hubiera un grupo familiar o de cuidadores no profesionales que respaldaran el internamiento del adulto mayor; esto último con la finalidad de analizar el internamiento de adultos mayores que no se encuentran en condiciones de pobreza extrema, abandono o indigencia (que podrían ser tres condiciones causantes del internamiento) y con la intención de explorar cuáles podrían ser otras causas de que un adulto mayor termine viviendo en una IGA.

En tanto que un eje central de la investigación era el describir y analizar la vida diaria y las condiciones materiales y sociales en que viven los residentes, lo que consideré como prioridad en mi búsqueda fue la disponibilidad de los directivos de la institución para permitirme el acceso diario y la permanencia en la misma, lo cual me facilitaría las condiciones necesarias para realizar la observación de las actividades que se realizan en el interior, que era uno de los objetivos centrales de mi proyecto de investigación. No es sencillo conseguir este tipo de permiso, debido a que la observación y el registro de las actividades generan desconfianza entre los directivos y el personal en cuanto al tipo de finalidad que puede tener la información (temen que se utilice para difamar a la

IGA en relación al trato que dan a los internos). Así mismo, fue necesario tener en cuenta que la mayoría de las IGA tienen restricciones estrictas en cuanto al acceso y los horarios de visita, así como al tipo de actividades que pueden observar y los espacios a los que pueden acceder las personas externas a la institución (incluyendo a los familiares de los residentes).

Finalmente la disponibilidad para observar diariamente las actividades que se realizaban al interior de la institución la encontré en El Refugio<sup>7</sup>, una IGA de tipo privado, con fines de lucro y que es atendida personalmente por la directora y propietaria quien, una vez que le expuse mi proyecto y la metodología que tendría la investigación, me facilitó el acceso diario e ilimitado a las instalaciones y con ello al contacto con los residentes y el personal, así como a los expedientes de los residentes y posteriormente al contacto con sus familiares. Me parece que el nivel de escolaridad de la directora de El Refugio (maestría) y su interés personal por las investigaciones que aborden temáticas relacionadas con el envejecimiento facilitaron que aceptara la propuesta de trabajo señalada en mi proyecto de investigación.

En la investigación me centré en abordar el papel y relaciones entre tres tipos de actores: los residentes, los familiares de los residentes y el personal de la institución. Las principales características y los criterios de selección que establecí para incorporar en la investigación a cada uno de estos grupos son los siguientes:

- a) Residentes: Son personas que tienen 60 o más años de edad y que viven en la institución geriátrica asilar durante cierto periodo de tiempo. Como características generales los usuarios de la institución analizada cuentan con algún familiar o tutor financiero que se responsabiliza de pagar las cuotas del servicio, no requieren atención en instalaciones hospitalarias ni tienen alguna enfermedad contagiosa al momento del ingreso y carecen de apoyo familiar y autonomía personal para continuar viviendo en su casa.

---

<sup>7</sup> Este es el nombre que elegí para referirme a la institución en donde realicé la investigación, con la finalidad de mantener la privacidad de las personas involucradas en la investigación.

- b) Familiares de los residentes: Son personas que se encuentran relacionadas con el adulto mayor por algún vínculo de parentesco y que se encargan de contratar el servicio de la IGA, de estar al pendiente del servicio que recibe el residente, y de pagar la cuota, principalmente. Para esta investigación se tomaron como criterios de inclusión de este tipo de informantes que la persona apareciera como “familiar responsable” ante la institución, sin importar el tipo de vínculo que tenga con el adulto mayor y que estuviera dispuesta a participar en la investigación.
  
- c) Personal de la institución: Son las personas encargadas de atender diariamente a los residentes en la institución, dentro de diferentes áreas de trabajo a cambio de un salario. Para los propósitos de la investigación, la selección de informantes se centró en aquellas personas encargadas de tratar directamente con los residentes, asistiéndolos en sus actividades diarias, sus tratamientos médicos, y sus actividades recreativas; dejando como informantes de apoyo a quienes trabajan en la institución en otro tipo de tareas como mantenimiento o cocina.

El periodo de trabajo de campo inició el 8 de enero del 2007 y concluyó el 2 de mayo del mismo año, las principales actividades que realicé durante dicho periodo fueron: observar y registrar las actividades diarias que se realizaban al interior de la IGA, entrevistar a algunos miembros del personal, revisar los expedientes de los residentes de la institución, y localizar y entrevistar a los familiares de los residentes.

Fue necesario entrevistar a los familiares de los residentes para conocer acerca de las biografías de los adultos mayores y de las causas de su internamiento en El Refugio, debido a que la gran mayoría de estos adultos mayores se encontraban en un estado de salud muy deteriorado que les dificultaba o impedía comunicarse de manera verbal no fue posible sostener una entrevista que permitiera conocer esta información directamente de estos informantes. El deteriorado estado de salud de los residentes es una constante en

otras IGA con un perfil similar al de El Refugio, me parece que esta situación nos puede sugerir que las instituciones geriátricas de tipo asilar de la ciudad se encuentran enfocadas a la atención de personas que no tienen otra alternativa ya sea por pobreza o por enfermedad.

En relación con lo anterior, es necesario señalar que en la ciudad de San Luis Potosí hay otro tipo de institución geriátrica que ofrece vivienda para los adultos mayores pero no es de tipo asilar sino que opera con el sistema de vivienda tutelada, inspiradas hasta cierto punto en las “comunidades de retiro” norteamericanas (casas individuales para personas de clase media y media alta, cuyas instalaciones se encuentran adaptadas a las posibles discapacidades físicas de los adultos mayores y que comparten una serie de servicios comunitarios enfocados en asistir a los residentes en el mantenimiento de su hogar y en proveerles de actividades recreativas, principalmente). Dichas instituciones son de recientes creación y aún escasas en la ciudad; no fueron consideradas dentro de la posible muestra de este estudio pues los residentes de estas comunidades no viven bajo el régimen de una institución geriátrica asilar (que implica principalmente una rutina diaria común, espacios compartidos, poca o nula privacidad del residente, salida y entrada restringida) por lo que no resultaban pertinentes para el presente trabajo.

Se presentaron ciertas dificultades para realizar las entrevistas a los familiares ya que en el reducido periodo de trabajo de campo fue difícil contactarlos y poder concertar una cita con ellos, pues no se encontraban especialmente interesados en hablar al respecto, además de que cada uno tiene agendas diferentes que no siempre era posible coordinar. Debido a estas dificultades, en el periodo de tiempo disponible para desarrollar el trabajo de campo, realicé únicamente una entrevista por familiar lo cual limitó la profundidad de la información obtenida. Por esta situación decidí centrar la mayor atención posible del trabajo de campo en la observación diaria y sistemática de las actividades al interior de la IGA.

Mi permanencia en la institución fue de 5 días a la semana, exceptuando algunos días por enfermedad y algunos días de los meses de abril y mayo en los

que me dediqué a ir a los domicilios de los familiares para entrevistarlos. En total asistí a la institución durante aproximadamente 260 horas, principalmente en la mañana y en ocasiones por la tarde, de lunes a viernes y algunos sábados, aproximadamente entre las 9 de la mañana y las 7:30 de la noche. Durante el tiempo que estaba en la institución procuraba permanecer en donde se encontraran la mayoría de los residentes para observar sus actividades y las del personal. A lo largo del día me dirigía a otros espacios de la institución para observar la diversidad de actividades, por ejemplo la planificación del menú y la preparación de los alimentos, las rutinas de higiene de los residentes asistidos por las cuidadoras, y algunas visitas de familiares. Como mencionaba anteriormente no tuve una restricción en cuanto a los espacios y los horarios en los que podía visitar la institución, lo cual facilitó mi trabajo de observación y registro de las rutinas de la IGA.

La información sobre el funcionamiento de la institución, las actividades que realiza cada miembro del personal y los cuidados que requiere cada residente y por qué, la obtuve principalmente mediante charlas con el personal, mientras se realizaba alguna de dichas actividades, por lo que mi observación estuvo complementada con este tipo de explicaciones. Mis observaciones fueron registradas en un diario de campo.

En total entrevisté a 14 familiares de los residentes mayores de 60 años de edad<sup>8</sup> y que estuvieron dispuestos a darme una entrevista (los familiares de dos residentes se negaron a hacerlo). Obtuve un total de 12 horas de entrevista con este tipo de informantes (aproximadamente una hora con cada uno) y realicé una entrevista por familiar. Para contactar a los familiares obtuve su número telefónico de los expedientes de los residentes (con autorización de la directora) y me dediqué a localizarlos y conseguir citas con ellos para realizar las entrevistas, la mayoría de las cuales realicé en sus domicilios.

Al realizar las entrevistas utilicé la guía impresa como apoyo para recordar los puntos a tratar, y mantenerlos en relación con los puntos eje de la

---

<sup>8</sup> Tres de los residentes de la institución eran menores de 60 años en el momento del estudio y por ello sus familiares no fueron incluidos en las entrevistas.

investigación. Para ordenar la información obtenida por este medio, todas las entrevistas fueron transcritas y posteriormente las distribuí y clasifiqué en fichas que fueron indexadas tomando como referencia la guía de entrevista.

Realizar mi observación en la institución geriátrica implicó desde un principio aprender a ver lo que intencionalmente nuestra cultura nos enseña a evitar: la enfermedad y la muerte, la vejez y su fragilidad inmensa. Los residentes de El Refugio se encuentran en una situación especialmente frágil debido a su deteriorado estado de salud; observar sus vidas diarias resultó en ocasiones muy desgastante en tanto que era difícil presenciar y tratar de comprender las manifestaciones físicas y emocionales de su enfermedad. Independientemente de esta dificultad personal mantuve la disciplina de la observación diaria, motivada principalmente por un compromiso ético con aquellos miembros de nuestra sociedad que, como los residentes de El Refugio, se encuentran más vulnerables a padecer el abandono y la discriminación.

## **CAPÍTULO 2**

### **Vejez, dependencia e internamiento.**

#### **Introducción.**

En este capítulo propongo como enfoque de análisis el considerar la relación que existe entre el envejecimiento, la necesidad que tienen algunos adultos mayores de recibir asistencia diaria debido a su estado psicofísico de salud, y las diferentes formas en que se puede proveer dicho cuidado, considerando de manera particular el papel que cumplen las instituciones geriátricas asilares.

La dependencia, entendida como una necesidad de asistencia diaria relacionada con el estado psicofísico de salud, es una situación que se puede presentar de manera frecuente durante la vejez, especialmente durante sus etapas más avanzadas. La dependencia puede presentarse en población de todos los grupos de edad pero es más frecuente entre los adultos mayores; en su caso es resultado principalmente de la discapacidad provocada por enfermedades crónicas, o de episodios agresivos de enfermedad (como por ejemplo los accidentes cerebro-vasculares) por lo que conlleva un cambio radical en sus vidas y se puede convertir en una forma de vulnerabilidad física y social.

En relación al caso de México, el Consejo Estatal de Población señala que:

La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles sustanciales a partir de los 70 años de edad, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional asociado a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria son mayores [CONAPO, 2004, p.36]

De acuerdo con las estimaciones de dicho organismo, en el año 2000 el 17% de la población de 70 y más años de edad en México tenía discapacidad, en comparación con un 5% en la población de entre 60 y 64 años de edad, o un 3% en la población de entre 50 y 54 años de edad [*Ídem*, p.36].

Es importante considerar, por lo tanto, que aunque no todos los adultos mayores viven en situación de dependencia, ésta se presenta con mayor frecuencia dentro de este grupo de la población debido a la prevalencia de limitaciones psicofísicas. También es importante considerar que no todos los adultos mayores que viven en situación de dependencia requieren los mismos niveles de asistencia, sino que éstos varían de acuerdo con su estado psicofísico de salud.

La dependencia significa para el adulto mayor la necesidad de cuidado por parte de un tercero, y tanto él como su grupo familiar pueden buscar cubrir dicha necesidad de diversas maneras. En la búsqueda y/o elección de una u otra forma de recibir el cuidado se ponen en juego diversos factores como por ejemplo la situación socioeconómica del adulto mayor y de su red de apoyo; las opciones asistenciales que ofrecen los servicios de seguridad social del país para auxiliar a los mayores y a sus cuidadores informales; el tipo de relaciones familiares y personales que tiene el adulto mayor; el tipo de enfermedades que padece y los niveles de asistencia que requiere, entre otros.

La institución geriátrica asilar se presenta como una opción de cuidado ante el tipo de necesidades específicas que requieren los adultos mayores dependientes que no pueden recibir este cuidado en su hogar. El concepto de “dependencia” en este sentido me ha parecido particularmente relevante en tanto que la IGA que se ha tomado como unidad de análisis en esta investigación atiende a un grupo de adultos mayores con diversas necesidades de asistencia diaria relacionadas principalmente con su estado psicofísico de salud. Por lo tanto, en el presente trabajo se analiza el papel de la IGA como centro de cuidados paliativos para adultos mayores con enfermedades crónicas y discapacidades psicofísicas.

## 2.1- La vejez y el envejecimiento: enfoque socio-demográfico.

### a) *La edad como parámetro de clasificación.*

Todas las sociedades utilizan la edad como un parámetro para seleccionar y clasificar a las personas [BARFIELD, 2000, p.21]. Los sistemas de edad usan una serie de rangos formales y fijos por los cuales van pasando sucesivamente todos los individuos como miembros de una clase de edad. También se utiliza la edad como un elemento para determinar el estatus y el rango. Cada rango de edad tiene definidos sus derechos, deberes y obligaciones, así como su rol social y, a medida que cada clase se va moviendo a lo largo del sistema, éstos van cambiando y se adquieren nuevos [Ibíd., p.180].

En las sociedades industriales, las clases de edad se encuentran determinadas por la ley, junto con las obligaciones y los derechos que se otorgan a determinada edad, por ejemplo, votar, hacer el servicio militar, ingresar a la escuela o jubilarse. La edad es utilizada por los Estados y las organizaciones de gran escala como una medida práctica para categorizar y controlar a la gente; en nuestra época se ha convertido en una “marca de identificación” tan universal como el género [BARFIELD, p.188]. En la actualidad se considera que una persona que tiene 60 años de edad o más pertenece al grupo de los “adultos mayores”. De manera arbitraria los Estados decretan que una persona a los 60 años, en promedio, debe retirarse de la vida laboral y pasar a ser “jubilada” [FERICGLA, 2002, p.73].

Ginn y Arber [1994, pp. 22-33] proponen analizar el concepto de edad en tres sentidos diferentes, pero que se encuentran inherentemente relacionados entre sí:

1. *Edad cronológica*: Se refiere a la edad medida en años, de este parámetro dependen diferentes responsabilidades y privilegios sociales, algunas de las cuales se encuentran establecidas en la legislación, como por ejemplo la jubilación obligatoria a los 60 años de edad, la edad de ingreso a la escuela primaria, etc.

2. *Edad social*: Se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas que se consideran “adecuadas” en una persona dependiendo su edad, a las percepciones subjetivas (es decir, la edad que la persona siente que tiene) y a la edad atribuida (la edad que los demás creen que tiene). Las normas basadas en la edad se sustentan en ideologías resistentes al cambio y varían dependiendo del género y la clase social, así como de la propia constitución física de la persona y su estado de salud.
  
3. *Edad fisiológica*: Se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico, relacionado a las capacidades funcionales y a la reducción de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza. La forma en que se presentan estos cambios fisiológicos varía según la situación de los sujetos en la estructura social y en relación a su género y su clase social.

Es decir, la edad es una construcción sociocultural y subjetiva, que involucra aspectos biológicos, cronológicos y sociales. En este último aspecto, hay ciertas situaciones que socialmente se espera que la persona experimente de acuerdo a una edad determinada; cuando alguien experimenta “antes de tiempo” alguna situación que no se considera apropiada para su grupo de edad se dice que es precoz, mientras que si lo experimenta después de lo que se considera adecuado se interpreta como inmadurez o inexperiencia.<sup>9</sup>

En este trabajo utilizo el parámetro de edad cronológica para delimitar la pertenencia de los integrantes del grupo cuyas condiciones de vida se analizan, considerándolos como “adultos mayores” por ser personas que tienen 60 años de edad o más. La edad cronológica es un parámetro de clasificación más accesible en el caso de mi investigación, en comparación con lo que implicaría medir la edad

---

<sup>9</sup> Algunas de estas experiencias vitales son biológicas (por ejemplo la aparición de la menstruación), mientras que otras son cronológicas y establecidas en referencia a un curso vital socialmente previsto (como la edad para iniciar la vida escolar o hacer el servicio militar).

fisiológica<sup>10</sup> o la edad social<sup>11</sup> de los actores implicados, en el sentido en que las definen Ginn y Arber.

El riesgo existente al tomar la edad cronológica como parámetro de clasificación es que se puede asumir que un determinado grupo de edad tiene características homogéneas, y de esta forma dejar de lado otros factores relevantes como el estado fisiológico, la clase social o el género. En este sentido, en mi trabajo la edad cronológica se utiliza como una herramienta inicial de aproximación para delimitar el grupo de estudio, pero no por ello se considera a los “adultos mayores” como un grupo homogéneo; aunque sí se reconoce que este grupo de la población tiene problemáticas comunes, que se encuentran relacionadas con los procesos de envejecimiento social y biológico que se desarrollan en las sociedades actuales (por ejemplo: el tipo de enfermedades que tienden a padecer las personas mayores, el tipo de condiciones económicas que tienen debido a los sistemas laborales y de jubilación, el tipo de servicios de seguridad a los que pueden acceder, etc.). Por lo tanto, la edad cronológica tiene un papel importante como eje de clasificación, pero no es el único.<sup>12</sup>

En relación con lo anterior, es importante recordar que los estudios transculturales sobre el envejecimiento permitieron evidenciar la parte social del proceso de envejecer, al mostrar que la condición de “grupo objetivo” que se da a los ancianos en las sociedades occidentales actuales no se presenta en todas las sociedades, evidenciando que las condiciones que llevan a un anciano a ser miembro de esta categoría (grupo objetivo) se relacionan con su edad cronológica, aunque no dependen únicamente de ésta, sino que se relacionan también con circunstancias sociales y psicofísicas.

La antropología ha permitido con esto entender el envejecimiento como un proceso sociocultural diverso y no universal, que se experimenta de forma

---

<sup>10</sup> Lo cual requiere una serie de pruebas médicas para considerar cuál es el estado de envejecimiento biológico de una persona.

<sup>11</sup> Lo que implicaría saber si las personas se consideran a sí mismas como “adultos mayores” y si son consideradas de esta manera por otros.

<sup>12</sup> Esta clasificación inicial guiada por la edad cronológica se delimitará más al referirme a los “adultos mayores dependientes” en el siguiente apartado de este capítulo.

diferente no solo entre personas pertenecientes a culturas distintas sino también entre personas de la misma sociedad, dependiendo de características distintas a la pura edad cronológica como pueden ser las condiciones económicas y educativas de la persona, su género y etnia, el acceso a los recursos, las concepciones culturales de su sociedad, el sistema económico en el que vive, entre otras.

Ejemplificando lo anterior, Josep Fericgla realiza un contraste entre dos formas distintas de definir la vejez considerando que en las sociedades no industriales ésta no se define a partir de la edad cronológica, sino por otros factores como por ejemplo las discapacidades físicas que le impiden a una persona realizar ciertas actividades, su experiencia de vida o cuando ha sobrevivido a otros miembros de su generación.

*c) El envejecimiento de la población.*

El envejecimiento como fenómeno demográfico implica un aumento en la proporción que los adultos mayores representan dentro de la población total. El envejecimiento de la población es un proceso en desarrollo que modificará la composición de las sociedades a nivel mundial.

El Consejo Nacional de Población calcula que en el año 2050, en México, uno de cada cuatro habitantes será mayor de 65 años de edad [CONAPO, 1999, p. 16]. Esta misma instancia señala que en el 2010 había aproximadamente 9.4 millones de adultos mayores en México, lo que representa un 8.7% de la población nacional [CONAPO, 2010, p. 1]. Así mismo, los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI indican una cifra de adultos mayores en México de poco más de 10 millones [INAPAM, 2011].

En cuanto a la distribución de los adultos mayores en México por segmento de edad, el CONAPO señala que en 2010 el 32% tenía entre 60 y 64 años, el 42.1% entre 65 y 79 años, 12% se encontraba entre los 80 y 84 años y el 13.9% tenía 85 años o más [CONAPO, 2010, p.1].

Hay algunas situaciones específicas que tienen una mayor posibilidad de presentarse en la vejez en comparación con etapas previas del ciclo vital, como

por ejemplo: pérdidas en las capacidades físicas y mentales; deterioros incurables y progresivos en el estado de salud; menoscabo de roles familiares y sociales; y el retiro del trabajo asociado con una pérdida de la capacidad económica [CONAPO, 1999, pp. 44 y 45]

La incidencia de enfermedades crónicas entre los adultos mayores se asocia también con un aumento en sus índices de discapacidad, especialmente a partir de los 70 años de edad como nos puede indicar el dato de que en el año 2000 el 17% de la población de este grupo de edad en México tenía discapacidad [CONAPO, 2004, p.36].

San Luis Potosí, en donde se realizó la presente investigación, se encuentra entre las entidades de México que presentaron un mayor aumento de la proporción de adultos mayores en el año 2000, al igual que el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán y Veracruz [CONAPO, 2004, p.28]. Se calcula que en San Luis Potosí la población de 60 y más años de edad pasará de representar el 7.5% de la población total en el año 2000 a representar el 18.5% en el año 2030 [*Ídem*].

En San Luis Potosí, la esperanza de vida a los 60 años pasará de ser de 20.9 en el año 2000 a 23.3 años en el 2030; y el índice de envejecimiento (es decir el número de personas de 60 años o más de edad que habrá por cada 100 jóvenes menores de 15 años) pasará de 20.7 en el año 2000 a 88.1 en el año 2030 [CONAPO, 2004, p. 70].

## **2.2.- La dependencia y el cuidado de los adultos mayores.**

### *a) Definición conceptual y tipología de la dependencia*

La dependencia es una de las principales problemáticas que se presentan durante la vejez; para los fines de este trabajo me ha parecido que es útil la definición convenida por el Consejo de Europa en 1998, como se refiere en el *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*:

(...) el Consejo de Europa define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». [IMSERSO, 2005, p.21]

Esta definición tiene tres elementos principales: (1) la limitación física, psíquica o intelectual de la persona dependiente; (2) la incapacidad que tiene de realizar las tareas de la vida diaria y (3) su necesidad de recibir asistencia. El texto citado propone entender la dependencia como resultado de un proceso

(...) que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una *limitación en la actividad*. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una *restricción en la participación* que se concreta en la *dependencia* de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. [IMSERSO, 2005, p.22]

Los términos “déficit”, “limitación en la actividad” y “restricción de la participación” son definidos a partir de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” de la siguiente manera, como cita el *Libro Blanco...*:

*Déficit en el funcionamiento:* (...) es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término «anormalidad» se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

*Limitación en la actividad:* (...) Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

*Restricción en la participación:* (...) Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la

participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.  
[IMSERSO, 2005, p. 21 y 22]

Partiendo de esta misma línea teórica, Ricardo Moragas considera que “el camino hacia la dependencia se inicia con una deficiencia a la que sigue una discapacidad que, si no se corrige, provoca en el extremo final una minusvalía. El grado de minusvalía es el que nos dará la carga de dependencia” [MORAGAS, 2003, p. 29].<sup>13</sup>

Entender la dependencia como parte de un proceso nos permite comprender mejor su relación con el envejecimiento, al considerar que la dependencia es una situación que se puede presentar en diferentes momentos de la vida a partir de la configuración de diversos factores, y que no “aparece” por el mero hecho de envejecer o de enfermar. El concepto permite así aclarar en mi trabajo la idea de que la dependencia no es una condición necesariamente asociada a la ancianidad, ya que hay personas dependientes en todos los grupos de edad y ancianos que no son dependientes, pero al mismo tiempo permite tener en consideración que ancianidad y dependencia pueden estar estrechamente relacionadas debido al tipo de enfermedades crónicas y discapacitantes que actualmente padece la población mundial.

En relación a este punto, Moragas identifica las enfermedades más frecuentes que pueden causar dependencia en la población anciana y las agrupa del siguiente modo [MORAGAS, 2003, pp. 38 y 39]:

1. Enfermedades cardiológicas  
Insuficiencia cardíaca
2. Enfermedades vasculares  
Vasculopatías periféricas (flebitis, úlceras cutáneas, etc.)
3. Enfermedades respiratorias  
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
4. Enfermedades renales  
Insuficiencia renal
5. Enfermedades neurológicas

---

<sup>13</sup> Los conceptos de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” son los que antecieron a los de “déficit”, “limitación en la actividad” y “restricción de la participación”, pero han sido redefinidos por la OMS debido a la connotación negativa que tenían dichos términos.

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Accidente vascular cerebral
- 6. Enfermedades reumáticas
  - Artrosis
  - Artritis reumatoide
  - Osteoporosis, fractura de cadera
- 7. Enfermedades oncológicas
  - Pulmón
  - Mama
  - Próstata
  - Colon
  - Esófago
  - Estómago
- 8. Enfermedades sensoriales (oftalmológicas y otorinológicas)
  - Visión (cataratas)
  - Glaucoma
  - Degeneración macular
  - Audición (sordera)
- 9. Enfermedades psiquiátricas
  - Depresión
  - Ansiedad

En relación a esta lista, considero necesario recordar que en México las tres principales causas de muerte de la población de 60 años de edad en adelante son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y los tumores malignos [CONAPO, 2004].

La definición de dependencia que he citado aquí es útil para mi trabajo porque considera de manera central el estado psicofísico de salud que tiene el adulto mayor en relación con la imposibilidad que le ocasiona para realizar actividades de la vida diaria sin ayuda, y con ello su necesidad de asistencia y cuidado por parte de otras personas. De esta manera me permite referirme con precisión a las condiciones de los “adultos mayores dependientes” que se analizan en el presente trabajo, delimitando el sentido que tiene su “dependencia”: en relación a su edad avanzada, su estado de salud, su necesidad diaria de asistencia y su pérdida de autonomía, ésta última reflejada en sus condiciones de ingreso a la institución geriátrica asilar.

Por lo tanto, por “adulto mayor dependiente” entenderé a una persona de 60 o más años de edad que debido a una limitación psicofísica necesita del cuidado de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria.

Un aspecto interesante que surge a partir de esta forma de conceptualizar la dependencia es la propuesta de desvincularla de su connotación negativa como el estado opuesto al de “independencia”, entendida en el sentido de “autonomía”. Las personas en situación de dependencia corren el riesgo de perder su autonomía, entendida como “la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida” [RODRÍGUEZ, 1999, pp. 199 - 200], debido al tipo de relaciones de poder que establece con las personas que les brindan asistencia. Esta situación puede presentarse de manera frecuente en la relación entre un adulto mayor que ahora se encuentre en situación de dependencia y sus cuidadores.

Una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y, sin embargo, carecer de autonomía: sus parientes deciden por ella cuestiones importantes o accesorias de su vida, tales como casarse, salir de vacaciones, ajustarse a pautas o normas, controlar el dinero, etc. Por el contrario, alguien que es dependiente en algunas actividades de la vida diaria, puede y debe continuar siendo autónoma en el ejercicio de su voluntad (elegir dónde quiere vivir, cómo ha de vestirse, qué programa de intervención le interesa, etc.). Cuando no se hace la distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontramos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente, sin ni siquiera consultarla, la ropa que ha de vestir, el abandono de su hogar, el control de sus bienes, sus contactos sociales, sus horarios, etc. [RODRÍGUEZ, 1999, p. 200]

Quizá la autonomía no pueda sostenerse en varios casos debido al deterioro psicofísico de la persona dependiente, pero me parece interesante la propuesta de Pilar Rodríguez respecto a que es necesario favorecer relaciones de cuidado que sean más respetuosas con el derecho de las personas dependientes a decidir sobre sus vidas, desvinculando así el cuidado de los otros con la pérdida de este derecho.

Dentro de este enfoque de la dependencia existe la propuesta de clasificarla en diferentes niveles, la propuesta que presenta el Ministerio de

Economía de España en uno de sus informes [MORAGAS, 2003, p. 236] identifica tres niveles a partir del tipo de ayuda que necesita la persona dependiente:

Nivel 1. Ayuda considerable: Requiere ayuda al menos una vez al día para la higiene personal, comida o como mínimo en dos tipos de actividades; también necesita ayuda varias veces al día para otras tareas domésticas.

Nivel 2. Ayuda severa: Requiere ayuda al menos tres veces al día para la higiene personal, comida, movimiento y además necesita ayuda varias veces al día para otras tareas domésticas.

Nivel 3. Ayuda extrema: Necesita ayuda durante todo el día (incluida la noche) en higiene personal, comida, movilidad, así como en otras tareas domésticas.

Me parece que como herramienta esta tipología es importante porque nos permite tener en cuenta diferentes escenarios en cuanto al tipo de cuidados que requiere una persona con dependencia; en el caso de mi trabajo me parece que en la institución geriátrica asilar analizada se brindan principalmente ayudas de tipo severo y extremo a los residentes.

*b) Definición y tipología del cuidado o asistencia.*

La dependencia se relaciona con la necesidad de cuidado, entendido éste último como una “práctica social que alivia la dependencia” ya que busca satisfacer “las necesidades del individuo dependiente con el fin de garantizar que pueda sobrevivir o prosperar biológica y socialmente” [ROBLES, 2006, p.40]. En este trabajo los términos “cuidado” y “asistencia” se utilizarán como equivalentes entre sí, para referirse a todas las actividades encaminadas a ayudar al adulto mayor dependiente a desarrollar su vida diaria y a subsistir.

La ayuda que cada persona anciana necesite está en función de su nivel de dependencia en relación a su estado de salud física y mental. El tipo de ayuda que cada persona pueda recibir depende de la red social de apoyo de que dispone así como de su nivel económico, entre otros factores que incidirán en el tipo de cuidados a los que puede acceder.

Respecto a la provisión de asistencia a los adultos mayores, Martin Matthews y Campbell [1994, p. 188] proponen distinguir dos tipos de actividades dependiendo del tipo de cuidados que se proporcionen:

1. La asistencia instrumental, que se refiere a la ejecución de actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar y de las condiciones materiales en las que viven los adultos mayores, como pueden ser las relacionadas con las finanzas y el transporte (por ejemplo hacer las compras, lavar la ropa, limpiar la casa, preparar la comida, pagar los servicios).
2. La asistencia personal, que se refiere a la ayuda para realizar actividades relacionadas con el cuidado corporal del adulto mayor. Ejemplos directos de este tipo de ayuda son: asistir a la persona en las actividades relacionadas con su higiene personal (ayudarla a entrar y salir de la regadera o la tina, tallar partes de su cuerpo que le resulta difícil alcanzar, lavarle los dientes, cambiarle el pañal, lavarle las manos y la cara, cortarle las uñas, peinarla, etc.), asistirle para que consuma sus alimentos (partir su carne en trozos, darle de comer en la boca), vestirse, tomar medicamentos, movilizarse (tomarla del brazo para que se apoye al caminar, desplazarla en silla de ruedas, cargarla) o ayudar a la persona en sus curaciones cotidianas (suministrar una inyección, cambiar vendajes, aplicar ungüentos, etc.).

Me parece que estas categorías para clasificar las actividades de asistencia tienen una utilidad analítica y es necesario considerar que un tipo de asistencia no necesariamente va desvinculado del otro, pero que es posible que algunos aspectos de ambos tipos de actividades se resuelvan por separado. Por ejemplo: un cuidador familiar puede encargarse de realizar las tareas de mantenimiento del hogar y contratar a una persona que realice algunas de las tareas de asistencia personal que requiere el adulto mayor (como por ejemplo ir a asearlo y realizarle curaciones); o viceversa contratar a una persona que se encargue de realizar las tareas relacionadas con el mantenimiento del hogar (hacer la limpieza, cocinar, comprar la despensa) mientras el cuidador familiar se encarga de realizar las

tareas cotidianas de asistencia personal que requiere el adulto mayor. También esta clasificación de tareas puede ser útil para analizar el tipo de distribución que se hace del cuidado entre los miembros de la familia, las autoras consideran que son las mujeres quienes principalmente realizan las tareas de cuidado personal mientras que los hombres prefieren colaborar con tareas de tipo instrumental [Ídem].

En relación con mi investigación es necesario señalar que en la institución geriátrica asilar el personal cubre ambos tipos de tareas de asistencia para sostener la vida diaria de los residentes, ya que ofrece las instalaciones para la vivienda con el servicio y los insumos necesarios para su mantenimiento, y el servicio personal de cuidadores que asisten al adulto mayor en sus actividades diarias. Probablemente es más sencillo separar analíticamente ambos tipos de asistencia en la IGA que en el cuidado dentro del hogar, ya que hay distintos tipos de personal encargándose de realizar cada tipo de tareas, mientras que en casa es común que la misma persona que presta asistencia instrumental también preste asistencia personal. En tanto que dentro de la institución geriátrica asilar es posible distinguir entre ambos tipos de cuidado me parece que esta clasificación resulta útil para analizar las tareas de asistencia que allí se brindan al adulto mayor.

### *c) El papel de la familia en relación al cuidado del adulto mayor dependiente*

Tradicionalmente se considera que la familia es el principal grupo del cual depende el adulto mayor para recibir cuidados y ayuda, tanto en las crisis como en su vida cotidiana conforme su estado de salud se vuelve más frágil. En especial son las mujeres de la familia quienes se encargan de atender a los ancianos, en calidad de esposas, hijas, hermanas, nietas o sobrinas, aunque también es común que las nueras ayuden en el cuidado, independientemente de si el anciano es hombre o mujer.

Touseland, Smith y McCallion identifican que las relaciones de parentesco más representativas que hay entre los cuidadores familiares (family caregivers) y el adulto mayor son las de cónyuge cuidador, hija adulta, hermano cuidador,

esposo de la hija adulta cuidadora y los nietos del adulto mayor que recibe los cuidados [1995, pp. 6-10].

En la familia se establecen relaciones de reciprocidad, en donde se considera que los hijos tendrían la obligación de corresponder los cuidados que recibieron de sus padres en la infancia, una vez que éstos son ancianos y necesitan de ayuda que antes no requerían. Touseland, Smith y McCallion señalan que estas obligaciones pueden ocasionar problemas en la familia nuclear de los hijos cuidadores, o en su vida laboral, debido al tiempo “extra” que dedican en atender a sus padres ancianos [1995, p.8]. El cuidar de un familiar anciano puede causar diversos problemas al interior de la familia, por ejemplo, debido a la redistribución del espacio, el tiempo y los recursos o a problemas en la relación padre-hijo [TOUSELAND et al., 1995, p.11]. En parte debido a éstas y otras situaciones similares algunas personas deciden recurrir a instituciones donde se proporcionen cuidados para su familiar anciano de manera formal, ya sea durante una parte del día o de manera permanente (como es el caso de las instituciones geriátricas asilares).

Cuando el anciano no cuenta con un grupo familiar, Josep Fericgla habla de “desarraigo total” ya que “no tiene con quien mantener una interacción social íntima y funcional, a pesar de residir en un contexto territorial conocido” [2002, p.179]; en este caso quizá se está asumiendo la creencia de que la familia automáticamente proporciona interacción “íntima y funcional” mientras que no es necesariamente así; en ocasiones la familia no desea tener este tipo de contacto con el adulto mayor a pesar de que compartan la misma casa.

### **2.3.- Las instituciones geriátricas y su relación con la atención a los adultos mayores dependientes.**

#### *a) Definición y tipología de las instituciones geriátricas.*

Al hablar de instituciones geriátricas me refiero a aquéllas que están destinadas a ofrecer algún tipo de asistencia a las personas que tienen 60 o más años de edad. No todas las instituciones geriátricas son de tipo asilar, presentan

diferentes modalidades de atención, dependiendo del tipo de población a la que van dirigidos sus servicios en función de sus niveles de dependencia y el tipo de asistencia que necesitan. Una tipología útil para ejemplificar lo anterior es la que presenta el *Larousse de los mayores*, que identifica cinco tipos diferentes de instituciones geriátricas [2002, pp. 28-29]:

1. *Residencias asistidas*: Sus servicios van dirigidos a adultos mayores con discapacidad que requieren la asistencia continua de un personal calificado. Algunas están enfocadas a atender exclusivamente a enfermos de Alzheimer y otras demencias.
2. *Residencias para adultos mayores no dependientes*: Destinadas a adultos mayores que pueden valerse por sí mismos y que no requieren cuidados especiales al momento de ingresar.
3. *Residencias mixtas*: Recibe tanto adultos mayores autosuficientes como dependientes, esto puede representar una ventaja para aquellos residentes que enferman dentro de la institución, puesto que no tienen que trasladarse a otro centro.
4. *Centros de día*: A este lugar asisten los adultos mayores durante solo algunas horas en la mañana (generalmente de las 8 ó 9 a.m. a las 5 ó 6 p.m.), realizan actividades de terapia ocupacional, fisioterapia, reciben atención médica o rehabilitación (las actividades pueden variar en cada centro) y posteriormente regresan a su casa.
5. *Apartamentos tutelados*: Son departamentos para una o dos personas; generalmente los utilizan parejas y adultos mayores sin dependencia. Cuentan con sistemas de seguridad y servicios (lavandería, restaurante, asistencia doméstica, comida a domicilio, servicios de salud, etc.)

6. *Otro tipo de asistencia institucionalizada* se recibe a domicilio, puede ser de diferentes tipos dependiendo de los servicios y cuidados que requiera la persona, por ejemplo: preparación de alimentos, ayuda con el aseo personal, compañía, realizarle curaciones, etc. Se enfoca prioritariamente en adultos mayores discapacitados, enfermos terminales, ancianos que viven solos o mayores de 80 años. Generalmente este tipo de asistencia es proporcionado por el Estado, y por el momento no existe en nuestro país un sistema de ésta índole.

Por lo tanto, existen instituciones que se encargan únicamente de ofrecer actividades de ocio y recreación para jubilados, mientras que otras ofrecen vivienda, alimentación, atención médica y otros servicios. Las instituciones geriátricas pueden ser de tipo privado con fines de lucro, manejadas por particulares, o públicas manejadas por el Estado. También existen instituciones privadas de carácter filantrópico que no cobran cuotas a sus usuarios y dependen de donativos de diferente tipo.

La atención domiciliaria se presenta como una alternativa a la institucionalización, para que aquellos ancianos que necesitan ayuda con los quehaceres domésticos (debido a que tienen alguna discapacidad, viven solos o nadie puede atenderlos durante determinado horario del día) de manera que puedan mantenerse en sus domicilios. Elías Anzola considera que la asistencia doméstica es una actividad que se puede realizar de forma independiente al Estado, mediante organizaciones de voluntarios de la comunidad [1991, pp. 3-4], lo cual vuelve a este tipo de ayuda una opción más barata para los gobiernos y la familia en comparación con la institucionalización.

Es común que la asistencia domiciliaria sea proporcionada por la familia o por trabajadoras informales contratadas por la familia, aunque también existen agencias que ofrecen servicios de enfermeras o trabajadoras domésticas, pero que no necesariamente se enfocan de manera exclusiva a la población anciana.

En el caso de México, Quintanar Olguín identifica cuatro alternativas generales para la atención de la salud del adulto mayor: la auto atención; la

atención informal a cargo de parientes, amigos, vecinos y asociaciones de voluntarios; la atención domiciliaria o para población ambulante, es decir, atención en el hogar y en clínicas o centros de salud por parte de cuidadores profesionales; y la atención institucional (atención hospitalaria y atención a largo plazo en casa o en instituciones geriátricas) [QUINTANAR, 2000, p. 158].

Estos tipos de asistencia pueden relacionarse también con los niveles de dependencia de los adultos mayores, en donde las instituciones se presentan como la solución necesaria en caso de presentarse incapacidades, enfermedades o demencias muy avanzadas que ya no pueden ser atendidas en el hogar o sin la ayuda de personal médico debido (entre otras posibles causas) al tipo de especialización que requieren dichos cuidados, o al tiempo necesario para llevarlos a cabo.

Los clubes para jubilados y las residencias de día van enfocados a una población no dependiente, interesada en dedicar su tiempo libre a realizar actividades de aprendizaje y de ocio; algunas actividades que se ofrecen en este tipo de centros son talleres de manualidades, de deportes, de baile, clases de canto, salas de estar para ver televisión o leer; algunos ofrecen también servicios médicos y de estética. Fericgla [2002, p.213] propone la siguiente definición para los centros o clubes de jubilados:

(...) las instituciones específicas que ha generado la sociedad postindustrial para que el segmento anciano de la población, considerado como grupo de edad, se organice, se fomenten las endo y las exorrelaciones sociales, y donde encuentran actividades lúdicas e instrumentales que ayudan a reconstruir la vida de los ancianos direccionada hacia el consumo de actividades de ocio y el automantenimiento.

La socialización y las actividades de ocio son los principales objetivos de los clubes para jubilados. Dependiendo de su financiamiento tienen instalaciones más grandes o una diversidad mayor de actividades, sin embargo todos tienen como propósito principal ofrecer a los adultos mayores un lugar en donde pasar el tiempo libre descansando, socializando con gente de su edad y realizando actividades lúdicas.

Otras alternativas que se han desarrollado para asistir a los adultos mayores son los albergues o “dormitorio-comedores”, en donde quienes no tienen recursos pueden recibir alojamiento y alimentación de forma gratuita o a un precio muy bajo [ANZOLA, 1991, p.4]. Las “familias sustitutas” son otra alternativa ofrecida por algunos Estados, o por algunas asociaciones voluntarias, y es un sistema que consiste en promover que una familia se encargue de cuidar a un anciano sin hogar, dándole el financiamiento necesario para cubrir los gastos [Ídem].

*b) Las instituciones geriátricas asilares.*

Gustavo Pessagno define los hogares de ancianos como “aquellos establecimientos sociales que alojan a personas de la tercera edad y cuyo objetivo fundamental es atender a la satisfacción de sus necesidades básicas (alojamiento, comidas, servicios de enfermería y socio-recreativos, etc.)” [PANTELIDES, 1988, p.224].

En este trabajo entenderemos por institución geriátrica asilar (IGA) aquella que ofrece alojamiento permanente a los adultos mayores, en conjunto con servicios diarios de asistencia tanto instrumental como personal. Algunas IGA permiten la libre entrada y salida de los residentes durante el día, y otras la prohíben definitivamente a menos que algún miembro de la institución o algún familiar acompañen al residente.

Las instituciones geriátricas de tipo asilar se encargan de proporcionar a los residentes los servicios asistenciales y las condiciones materiales que les permitan subsistir de manera cotidiana, esto implica el trabajo de un personal que los asiste en sus actividades diarias así como en proporcionar las instalaciones necesarias para vivienda (dormitorios, cocina, comedor, etc.) y la limpieza y mantenimiento de las mismas. Los servicios incluyen la preparación y el suministro de los alimentos, atención médica y la asistencia para realizar actividades cotidianas relativas al cuidado personal del residente (por ejemplo bañarse, peinarse, lavarse los dientes, cortarse las uñas, asistencia para ir al baño y para recibir cambios de

pañal, cambiarse de ropa, trasladarse en silla de ruedas, consumir sus alimentos, recibir tratamientos médicos).

El personal de la IGA dispone también una serie de actividades de ocio y recreación para los residentes (y en algunos casos también actividades religiosas) y les proporciona compañía durante el día y la noche. Es importante considerar que una vez que los adultos mayores ingresan en las instituciones geriátricas asilares es poco probable que vuelvan a vivir en su casa o fuera del sistema institucionalizado, por ello en varias IGA se cuenta también con los servicios funerarios para proceder cuando muere el residente, especialmente en el caso de aquellas que atienden a personas que no tienen familiares o que vivían en una situación de indigencia antes de ingresar.

La institución geriátrica de tipo asilar se convierte en reguladora de las actividades cotidianas del adulto mayor y en mediadora entre él y el resto de la sociedad. Los residentes de la IGA tienen historias de vida heterogéneas, sin embargo, como señala Pessagno: “la forma rutinizada de organizar la vida diaria de los hogares borra las diferencias señaladas entre los ancianos” [PANTÉLIDES, 1988, p. 325]. La homogeneización y la rutina permiten mantener el funcionamiento de la institución debido al respeto de las reglas.

La función de las instituciones geriátricas asilares se puede interpretar de dos formas, por un lado mediante dichas instituciones los adultos mayores son separados del resto de la sociedad, no sólo de manera física sino también social, especialmente aquéllos con desventajas económicas y/o psicofísicas. Por otro lado, las instituciones representan una alternativa de subsistencia para muchos ancianos que han sido desvinculados de la vida familiar, o que no cuentan con otra red de apoyo ni de financiamiento. En estos casos la institución se encarga de satisfacer sus necesidades de vivienda y alimentación, de ver por su salud e incluso de darles un entierro cuando fallecen.

La institución se presenta también como una solución posible en caso de pobreza o falta de recursos para mantenerse, las instituciones geriátricas asilares de tipo público, ya sean laicas o religiosas, se encargan generalmente de atender a la población anciana más pobre y aislada.

Me parece que para el análisis de las instituciones geriátricas asilares es útil la teoría de Erving Goffman en relación a la “institución total”. Para Goffman todas las instituciones tienen una tendencia absorbente o totalizadora [2004, p.18], pero esta tendencia es significativamente mayor en el caso de las “instituciones totales”, en donde esta tendencia absorbente se simboliza incluso físicamente con obstáculos para separar a los internos de la interacción con el mundo exterior. La característica central que tiene la institución total es que en su interior se rompen las barreras entre los diferentes ámbitos de la vida diaria (comer, dormir, trabajar, jugar) y todos se realizan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Es en este sentido que en el presente trabajo se entiende a la institución geriátrica asilar como “institución total”.

Goffman identifica cinco tipos de instituciones totales, uno de los cuales se refiere a aquellas que sirven para cuidar de las personas que “parecen ser incapaces e inofensivas” [Ibíd., p.18], y es dentro de esta categoría que incluye a los asilos para ancianos.

Dos de las principales características generales que Goffman identifica en las instituciones totales, y que me parece que pueden aplicarse al caso de las instituciones geriátricas asilares, son:

1.- Que las actividades que se realizan diariamente se encuentran programadas y son impuestas al total de los internos, de quienes se espera de manera homogénea que lleven a cabo dichas actividades. Todas las actividades diarias se llevan a cabo en un mismo lugar (la institución) y bajo la supervisión de una misma autoridad [2004, p. 19 y 20].

2.- Tiene una constitución binaria, es decir, está conformada por el grupo de los supervisores y por el de los internos. Estos últimos viven en la institución y tienen contactos limitados con el mundo exterior [2004, p.20].

En relación a estas dos características principales que señala Goffman, encontramos que en el caso de la institución geriátrica las actividades que realizan los residentes durante el día son programadas e implementadas por el personal de la institución, para cada actividad hay un horario preestablecido que es común a

todos los residentes, por ejemplo la hora de levantarse, el momento de comer, la terapia física grupal, las actividades recreativas, la hora de dormir y la distribución de los horarios para que los residentes reciban baños o asistencia en su aseo personal. En la institución geriátrica asilar se presenta también la segunda característica que identifica Goffman, ya que los miembros del personal viven fuera de la institución, mientras que los adultos mayores residentes viven en ella y tienen contactos limitados con el mundo exterior, principalmente a través de las visitas ocasionales de sus familiares y de su contacto diario con el personal. Todos los aspectos de la vida diaria de los residentes se realizan dentro de la institución y es en este sentido que considero que la IGA es una institución total, ya que engloba en su interior todos los ámbitos de la vida diaria, que se desarrollan bajo la supervisión y con la asistencia de los miembros del personal.

Desde el punto de vista del personal de la institución, Goffman considera que debido a que trabajan con seres humanos viven constantemente la contradicción entre cumplir normas humanitarias y llevar a cabo su trabajo de una forma que resulte eficiente para los fines de la institución [2004, p. 87]. Con ello se refiere a que en ocasiones se privilegia la “eficiencia” por encima de los derechos básicos de una persona, como por ejemplo su comodidad (es más fácil limpiar mobiliario metálico o plástico que mobiliario acolchonado), privacidad (es más fácil vigilar a todos los internos en una misma sala que dándole a cada quien un espacio), autonomía (es más fácil suministrar los medicamentos por la fuerza a un interno que no desea consumirlos a tener que convencerlo o explicarle el tratamiento), autoimagen (es más rápido administrar la ropa que se entrega a los internos si todos utilizan un uniforme), etc. En el caso de la IGA que hemos analizado, nos encontramos con que la privacidad y la comodidad de los residentes se sacrifica constantemente para volver más eficiente el funcionamiento de la institución desde el punto de vista del trabajo que realiza el personal; por ejemplo, se junta a varios residentes, hombres y mujeres, en una habitación donde el baño no tiene puerta y se les va aseando uno a uno frente a la mirada de los demás, lo cual permite que las cuidadoras terminen más rápido esta tarea y que puedan desarrollar su trabajo en un mismo espacio sin tener que trasladar a otra

sala sus utensilios de higiene o a los residente, pero que evidentemente despoja al adulto mayor de toda privacidad, pudor y comodidad.

Goffman considera que en tanto que suministrar este tipo de rigor sobre otras personas puede ser moralmente contradictorio a los principios del personal, es necesario justificar todas estas acciones mediante diversos argumentos en los que al final todo este trabajo se realice en pos de un bien para los internos (recuperar la salud, readaptarse a la sociedad, acercarse a Dios, etc.) [2004, p. 92].

Estas características estructurales de la institución total que identifica Goffman se presentan con sus características específicas dentro de la institución geriátrica asilar, así como lo harán de forma diferente en una institución penitenciaria, o en un orfanato, dependiendo del tipo de población que se atiende y del grado de resistencia que opongan a la institución. En el caso de la institución geriátrica asilar no encontraremos el mismo tipo de vigilancia que se da a los presidiarios, por ejemplo, ya que los residentes están allí porque necesitan cuidados y tienen un estado psicofísico frágil, mientras que por el contrario los internos de una prisión son considerados como peligrosos para la sociedad; en el caso de la IGA la homogeneización en el trato y en la atención que reciben los residentes por parte del personal está encaminada a asistirlos en sus actividades diarias y a paliar los efectos de sus padecimientos crónico degenerativos, principalmente.

En relación a cómo la institución geriátrica asilar separa al residente de su pasado, Buendía y Riquelme señalan que la casa significa algo más que un mero espacio físico para el adulto mayor, la casa familiar implica también una forma de vínculo con recuerdos y emociones de su pasado. “Abandonar la casa familiar supone abandonar el escenario en que se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar dolorosa” [1998, p.358].

La reubicación que implica el trasladarse de la casa a la residencia geriátrica implica una ruptura con el pasado, se interrumpe una continuidad en cuanto a la vida cotidiana y familiar del anciano. En la IGA el adulto mayor se

incorpora a “un ambiente tan extraño como artificial, en el que (...) antes que cualquier otra cosa, es un desconocido” [BUENDÍA, 1998, p.359] mientras que si permaneciera en su casa, podría mantener el vínculo con sus recuerdos, la familiaridad de su entorno y de su vida cotidiana.

Estos autores sostienen que el internamiento en la institución trae consecuencias en el proceso de envejecimiento de los adultos mayores residentes, a partir de que han observado una relación entre la institucionalización y el desarrollo de trastornos psicológicos, como la depresión, cuadros de ansiedad, el deterioro cognitivo y las demencias.

A partir de un análisis de estudios comparativos entre ancianos institucionalizados y no-institucionalizados, Buendía y Riquelme [1998, p.360] consideran que es posible afirmar que en los usuarios de residencias geriátricas hay una presencia mayor de “tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos, y manifestaciones depresivas”. Al respecto, los autores señalan que las patologías psiquiátricas son tanto un factor causal de la institucionalización de los adultos mayores, como una consecuencia de la institucionalización “como fuente de estrés capaz de propiciar el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales, como consecuencia de los problemas de adaptación” [Ídem].

En un estudio comparativo entre el bienestar experimentado por ancianos institucionalizados y no institucionalizados en España, Cava y Musitu [2000, p. 220] concluyen a partir de las respuestas de los ancianos a una encuesta, que “no existen diferencias en la percepción de su estado de salud y en sus hábitos más o menos saludables.” Sin embargo identifican tres variables en las cuales sí hay diferencias en función de la institucionalización o no del anciano: autoestima familiar, autoestima social y percepción de apoyo formal. Las diferencias respecto a la valoración que el anciano tiene de sí mismo, en el ámbito familiar y social identificadas por los autores serían que:

(...) Los ancianos que viven en residencias parecen tener una imagen más desfavorable con respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia que los ancianos que no están institucionalizados. Este hecho puede deberse a la inexistencia de familiares, a la escasa relación

con éstos o, simplemente, a una imagen más desfavorable de su papel en la familia como consecuencia de la falta de convivencia con ella. Los ancianos que no viven en la residencia, por el contrario, tienen una imagen bastante favorable del papel que desempeñan en su familia [CAVA, 2000, p. 220].

Este estudio sugiere por lo tanto que la institucionalización implica para los adultos mayores cambios muy importantes en su vida cotidiana, a los que puede costarles mucho trabajo adaptarse y con ello sufrir daños emocionales y en su salud física y mental; además que el internamiento es interpretado por los adultos mayores como un rechazo por parte de su grupo familiar, ya que implica llevarlos a vivir fuera del hogar y no asumir las tareas de asistencia en casa.

En otro estudio también realizado en España, se hizo un análisis comparativo entre los ancianos que viven en residencias geriátricas y aquellos que viven en sus domicilios y que asisten a estancias de día; el objetivo era analizar la influencia de la institucionalización en sus niveles de dependencia. Los autores concluyeron que hay una relación entre la edad y la dependencia, “existiendo un mayor nivel de dependencia a medida que aumenta la edad de los sujetos” [VALDIVIESO, 2002, p.104], siendo esta relación más fuerte que la existente entre el lugar de residencia y la dependencia. En relación al sexo encuentran que “los hombres son significativamente menos dependientes que las mujeres (...) y que las mujeres presentan mayores problemas de movilidad”, así como que el ser mujer es “un factor asociado a una mayor institucionalización de los ancianos” [Ídem].

Por último, los autores concluyen que “los ancianos institucionalizados en residencias públicas, presentaban menores niveles de dependencia que aquellos que vivían en instituciones privadas”; así como que “tras ingresar en instituciones, los ancianos mejoraban sus niveles de actividad en la higiene, el vestido, el aseo y las transferencias, lo cual puede ser debido a los mejores cuidados médicos y de enfermería existentes en estas instituciones” [VALDIVIESO, 2002, p.106].

Con respecto a los ancianos institucionalizados, Antequera y Blanco consideran que tienen un mayor descenso en su autoestima, “una mayor

degradación y unas menores expectativas con respecto a su posible capacidad para enfrentarse con sus circunstancias y con el mundo exterior” [ANTEQUERA-JURADO, 1998, p. 106], en comparación con aquellos que siguen viviendo en su casa.

Este “descenso en su autoconcepto” se debe principalmente a: (1) la disminución en el sentimiento de poder controlar sus propias vidas “ya que el internamiento supone la pérdida de la independencia que les quedaba, aunque en muchos casos ya fuera escasa en la realidad y aunque se la considera como algo potencial” [ANTEQUERA-JURADO, 1998, p. 107]; (2) influye el que interpretan el ingreso a la institución como una demostración de “rechazo y abandono” [Ídem] por parte de sus familiares y con ello una pérdida de lazos afectivos y de vínculos sociales; y (3) porque les hace enfrentarse a “la idea de su propia muerte” [Ídem] ya que ven la institución como el último lugar al que irán antes de morir, como el sitio en donde “esperan” la muerte.

Sin embargo los autores señalan que en estos cambios influyen algunas variables secundarias además de la institucionalización, como: las características de la institución, la calidad de la asistencia que esta ofrece, y ciertas condiciones biográficas y socioeconómicas del anciano, como por ejemplo su estado civil, su nivel económico, sus relaciones familiares, el tipo de profesión que ejercieron, etc.

En México, Leticia Robles realizó un estudio respecto a la percepción que tienen los adultos mayores sobre el cuidado “no familiar”, el cual puede ser en su propia casa por parte de cuidadores con los que no tienen una relación de parentesco o en una institución geriátrica. La investigación se realizó en cuatro estados de la República Mexicana entre adultos mayores pobres y en áreas tanto urbanas como rurales, con ancianos indígenas y no indígenas, a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas. [ROBLES, 2008, p.226 - 227].

De este estudio se desprenden datos interesantes, por ejemplo que el cuidado más valorado por los adultos mayores es el que reciben directamente de sus hijos, que son quienes tienen la obligación “moral religiosa y social [...] de cuidar a sus padres ancianos” [ROBLES, 2008, p. 227]. En cuanto a la percepción de las causas por las que algunos hijos no cumplen dicha obligación los adultos

mayores expresan que se relacionan principalmente con el tipo de relación que hay entre padres e hijos, ya sea que los padres no cumplieron sus responsabilidades cuando los hijos eran pequeños o que los hijos son ingratos y no cumplen sus responsabilidades ahora que los padres son viejos [p. 228].

En relación al punto específico del cuidado que se recibe en la institución geriátrica asilar<sup>14</sup>, los entrevistados valoraron dicha modalidad de asistencia de manera muy negativa: “vivir en un asilo era experimentar el máximo sufrimiento [...] la vida en el asilo era construida en torno a la noción de carencia” [p. 229]; los entrevistados relacionaron el asilo con la falta de amor hacia el adulto mayor por parte de sus hijos, la falta de cuidado, de autonomía, y la pérdida de las relaciones familiares: “estar institucionalizado es haber muerto para el exterior” [p. 230]. En cuanto a cómo repercute el vivir en un asilo en las vidas de los residentes, los entrevistados consideraron que las consecuencias son una vida de tristeza y abandono, a la que el adulto mayor ya no le encuentra sentido, seguida de una muerte prematura. En conclusión, el estudio destaca que los adultos mayores perciben la institución geriátrica asilar como la peor alternativa de asistencia: “el asilo es un lugar para morir más que para vivir” [ídem.]

En este trabajo, Robles entrevistó únicamente a adultos mayores que viven en su propia casa (70% eran además propietarios de su casa), es decir, que no han vivido el internamiento y que tienen referentes externos sobre cómo son las IGA y cómo viven los adultos mayores allí. En este sentido, me parece que su percepción al respecto será muy similar a las de otros grupos de la población, pues en general dichas instituciones se encuentran valoradas de manera negativa, debido al sufrimiento que puede implicar para el adulto mayor su separación social, física y simbólica que conlleva el internamiento.

#### **2.4.- Condicionantes y proceso del internamiento en la IGA.**

En el presente trabajo partimos de la consideración de que existe una configuración de características que llevan al adulto mayor a convertirse en

---

<sup>14</sup> En el estudio la autora se refiere a este tipo de institución como “asilo”

residente de una IGA; lo anterior en relación a un proceso de envejecimiento durante el cual se van desarrollando cambios en diversas condiciones de vida del adulto mayor, por ejemplo: cambios en el estatus que tiene dentro de su grupo familiar, cambios en sus condiciones materiales y cambios físicos y mentales que impactan su estado de salud y de autonomía al realizar actividades cotidianas. El considerar el envejecimiento como un proceso implica considerar que dichos cambios configuran una condición de dependencia de diferentes niveles, que se resuelve de maneras diversas dependiendo del contexto cultural, económico y familiar al que pertenece el adulto mayor.

La IGA es una de las posibles soluciones que hay en contextos urbanos ante el tipo de atenciones que requieren los adultos mayores con altos niveles de dependencia por deterioro en su estado de salud psicofísica, con una situación familiar que no favorece que se mantengan viviendo en el hogar, y cuya situación económica no les permite mantener una residencia autónoma (ya sea por falta de recursos económicos o por falta de agencia sobre los mismos).

Para realizar esta investigación se identificaron tres tipos de condicionantes que pueden incidir en el internamiento de los adultos mayores en una IGA:

- a) Condiciones psicofísicas del adulto mayor: son las condicionantes relacionadas al estado de salud/enfermedad del adulto mayor, lo cual se refiere a las enfermedades que padece, los cuidados que éstas implican y las limitaciones que le generan en su vida diaria, y con ello los tipos de dependencia que tiene el adulto mayor de las atenciones de uno o varios cuidadores que lo asistan día a día. El estado psicofísico del adulto mayor, resultante del impacto de ciertas enfermedades, repercute en el tipo de cuidados diarios que necesita y su dependencia de la asistencia que otros le brinden.
- b) Condiciones económicas: se refiere a las condiciones materiales de vida del adulto mayor y de su familia en cuanto a los recursos económicos de los que dispongan para subsistir y la fracción de éstos que sean designados para cubrir los gastos correspondientes a los servicios de cuidado, atención médica

y manutención del adulto mayor. Las condiciones económicas del adulto mayor y su familia repercuten en el tipo de cuidados médicos y asistenciales a los que puede acceder (dentro y fuera del hogar).

- c) Condiciones familiares: se refieren a la estructura familiar de apoyo con la que cuenta el anciano en cuanto al número y tipo de cuidadores en los que puede residir su atención diaria, y las posibilidades reales de cuidado que puede ofrecer la familia al proporcionar o buscar cuidadores. El tipo de participación que los familiares del adulto mayor estén dispuestos y/o capacitados a tener en su cuidado diario incidirán en la decisión de ingresarlo o no a una IGA.

Partimos también de una perspectiva que considera el internamiento como un proceso mediante el cual el adulto mayor deja de vivir en casa y se convierte en residente de la IGA. Dicho proceso incluye ciertas etapas cronológicamente secuenciales que se presentan de manera esquemática para fines expositivos. Estas etapas son: (1) la etapa de residencia del adulto mayor en el hogar, (2) la etapa de crisis que cambia las condiciones de cuidado del adulto mayor en el hogar, (3) el ingreso del adulto mayor en la IGA, y finalmente (4) la etapa de residencia en la IGA.

La delimitación conceptual del proceso de internamiento cumple una función principalmente organizativa y explicativa dentro de la investigación; no asumo que cada una de las etapas que se consideran dentro del proceso sea independiente del resto, sino que por el contrario se encuentran articuladas entre sí, y se reconoce la presencia de posibles conflictos a lo largo de todo el proceso de internamiento y no solamente dentro de alguna de las etapas. Así mismo, tomo en consideración que en cada situación concreta la secuencia de las etapas puede variar en cuanto a su duración y a las características particulares que presenta.

La función que tiene este modelo explicativo en el presente trabajo es contextualizar el problema de investigación, al considerar el internamiento como un proceso que involucra cierto tipo de condicionantes, delimitando así el análisis para fines operativos.

Las etapas que constituyen el proceso de internamiento son las siguientes:

1.- Residencia del adulto mayor en el hogar.

Esta etapa se caracteriza principalmente porque, independientemente del tipo de problemáticas que presentaba el adulto mayor en cuanto a sus condiciones económicas, familiares y de estado psicofísico, continuaba viviendo en casa y se encontraba fuera del sistema institucionalizado de residencia.

En esta etapa las necesidades de asistencia del adulto mayor se cubren en el hogar, y se comienzan a configurar las problemáticas que desembocarán en algún tipo de crisis, resultando en las dificultades y/o la imposibilidad para proporcionarle al adulto mayor asistencia en casa.

2.- La crisis que cambia las condiciones de cuidado del adulto mayor en el hogar.

Este periodo se refiere al desarrollo de episodios críticos en la vida del adulto mayor y de sus familiares, que los conducen a buscar soluciones distintas a la asistencia en el hogar ante las problemáticas relativas al cuidado del adulto mayor, siendo una de estas soluciones el internamiento en la IGA.

Los principales tipos de episodios críticos que se consideran en la investigación son los relacionados con el estado de salud/enfermedad del residente, los relacionados con el estado de salud/enfermedad del familiar, los relacionados con problemas económicos de la familia y los relacionados con conflictos personales entre el adulto mayor y sus familiares.

3.- El ingreso del adulto mayor en la IGA.

En este periodo se incluyen, la toma de decisión de internar al adulto mayor en la IGA, la selección de la institución en la que se le internaría, y el ingreso en ésta. Es la separación del adulto mayor de su hogar.

En torno a este proceso es relevante conocer la forma en que se tomó la decisión del internamiento del adulto mayor en el núcleo familiar, y cuál fue el peso que cada uno de los participantes considera que se le dio a su opinión al tomar tal decisión, siendo lo anterior de importancia para conocer el tipo de participación que tuvo el adulto mayor en las decisiones relativas a su propio cuidado.

#### 4.- Etapa de residencia del adulto mayor en la IGA.

Esta etapa de análisis es la que corresponde a la condición de interno del adulto mayor, una vez que se convierte en residente de la institución geriátrica asilar.

Conforme avanzó mi trabajo de campo fue apareciendo un dato que no estaba contemplado inicialmente en la delimitación conceptual que elaboré sobre la etapa de residencia: la mayoría de los adultos mayores que vivían en la IGA en la que realicé la investigación provenían de otra institución similar, y antes de esa experiencia previa de institucionalización algunos residentes provenían de una tercera IGA. Es decir, que la etapa de residencia puede desarrollarse en más de una institución geriátrica.

Por lo anterior, consideraré la etapa de residencia como el momento en el que el adulto mayor se encuentra en calidad de interno de una IGA, tomando en cuenta que esta etapa puede desarrollarse en más de una institución de este tipo; siendo así que el adulto mayor puede pasar de la etapa de residencia a la etapa de ingreso y nuevamente a la etapa de residencia.

Lo anterior nos plantea que la etapa de residencia generalmente no concluye con una reincorporación del adulto mayor a su hogar, sino que continúa (de ser necesario en diferentes instituciones similares, si una sola no cubre las expectativas del residente y/o de su familia) hasta el fallecimiento del residente.

El presente trabajo se centra principalmente en el análisis de la etapa de residencia, en cuyo contexto se observó la vida cotidiana de los residentes; así mismo se busca complementar de manera general dicha observación recuperando información relativa a las etapas previas, en especial la correspondiente a la crisis que precede al internamiento, tratando de esbozar las causas que llevaron a este grupo particular de adultos mayores a vivir en El Refugio.

## **CAPÍTULO 3**

### **La estructura de la institución geriátrica asilar**

#### **Introducción.**

El Refugio es una institución geriátrica asilar privada en la que viven veintiún adultos mayores; casi todos ellos padecen discapacidades físicas y/o mentales, y por lo tanto tienen altos requerimientos de asistencia de manera regular y constante. En este trabajo me interesa analizar la dinámica de vida diaria que llevan los residentes de esta institución, para ello es importante conocer cómo es el lugar en dónde viven y quiénes son las personas que los atienden y cuál es su rutina diaria de trabajo.

En este capítulo presento una descripción analítica de las instalaciones de El Refugio, así como un perfil del personal que atiende a los adultos mayores y de las tareas que realiza.

#### **3.1.- Esta es tu casa.**

El Refugio es una institución geriátrica asilar localizada en la ciudad de San Luis Potosí, en una colonia de clase media al noreste de la ciudad. A sus alrededores hay algunas oficinas gubernamentales, restaurantes de comida rápida, un Hospital y la escuela de medicina de la universidad del estado. La colonia en la que se ubica tiene un uso principalmente residencial en las calles menos transitadas y comercial en la avenida principal.

El Refugio se encuentra instalado en una casa de dos pisos, construida y utilizada previamente con fines residenciales, que tiene un terreno de aproximadamente 350m<sup>2</sup>. Desde la calle podemos ver un gran portón blanco y una barda que impiden mirar hacia el interior, en donde se encuentra una cochera que no se utiliza para guardar vehículos sino como un pequeño jardín en donde los residentes o los visitantes pueden sentarse en una banca-columpio.

La entrada de la institución está enmarcada por un letrero grande de metal que tiene el nombre y el logotipo de la institución: un par de manos abiertas que

sostienen un ramillete con tres hojas de vid y debajo de esta imagen aparece la frase “Esta es tu casa. Bienvenidos”. La puerta principal es un armazón de aluminio rojo con varias ventanas arriba y a los lados, por lo que aunque esté cerrada es posible ver hacia el otro lado. La puerta principal permanece siempre cerrada con llave, al igual que el portón que da hacia la calle, lo anterior para evitar la “fuga de abuelos” según me explicó la directora de la institución. Las llaves permanecen colgadas junto a las cerraduras, pero el personal confía en que los residentes no pueden utilizarlas debido a sus problemas de salud.

El primer espacio con el que nos encontramos al ingresar en la casa es el salón de usos múltiples, que consiste en una sala principal a la cual se le hizo una ampliación lateral, en dicha ampliación hay como único mobiliario una mesa rectangular alargada con sillas, en donde los residentes permanecen la mayor parte del día. En las dos paredes que rodean la mesa hay espacios grandes para ventanas, pero están cubiertos con plástico transparente en lugar de tener vidrios, dando así la imagen de ser un espacio improvisado y que no se ha terminado de construir.



**Foto 1.** La entrada de El Refugio.

La mesa del salón de usos múltiples es el centro de las actividades diarias de El Refugio, en este lugar se ubica a los residentes desde las siete de la mañana cuando se sientan a tomar su desayuno. A partir de ese momento permanecen en la mesa escuchando a las dos coordinadoras de actividades ocupacionales que hay en la institución y permanecen sentados, algunos realizando manualidades, otros durmiendo, otros simplemente mirando a los demás. Permanecen allí también para comer y cenar.

Junto a la mesa hay un aparato de sonido en el cual las cuidadoras y las coordinadoras de actividades reproducen discos, principalmente rock and roll de los sesenta, cumbias o música ranchera, boleros, baladas, y canciones tradicionales de la religión católica, ocasionalmente escuchan también alguna estación de radio local. Durante la temporada de cuaresma el salón permanecía sin música, como parte de la austeridad de este periodo religioso.

Cuando uno entra a la institución en algún horario previo a las 19:30 - 20:00 hrs. lo que se encuentra es a la mayoría de los residentes sentados a la mesa en silencio y a las coordinadoras de actividades (por la mañana) o a las cuidadoras (todo el día) uniformadas caminando alrededor de la mesa y/o hablándole a los residentes de pie junto a ésta. Las cuidadoras y las coordinadoras de actividades hablan en un tono de voz muy alto, casi gritando, y llaman a cada uno de los residentes no por su nombre sino por algún diminutivo de éste o algún sobrenombre derivado de él.



**Foto 2.** Los residentes y dos cuidadoras en la mesa del salón de usos múltiples, festejo de cumpleaños.

Mientras están con los residentes, las coordinadoras de actividades y las cuidadoras les dan instrucciones sobre diferentes cuestiones, principalmente sobre cómo realizar alguna actividad manual (“vas a pegar las bolitas así, mira”, “termina de iluminar todo”, “ilumina adentro de la rayita”), cómo apoyarse en ellas para realizar alguna actividad de cuidado personal o para trasladarse (“agárrame del brazo”, “baja tu pierna”, “abre la boca”, “dame la mano”, “ponte flojito”), y en dónde permanecer sentados. También les dicen comentarios amables como “qué bonita te peinaron hoy”, “te está quedando muy bonito tu dibujo”, “hoy te veo muy contento”, “terminaste muy bien tu trabajo”, etc.

La mayoría de los residentes sentados alrededor de la mesa, comiendo, realizando alguna actividad manual, dormitando, o simplemente viendo a las personas a su alrededor: esa es la escena típica de un día en El Refugio. No todos los residentes se sientan a la mesa, una de ellas prefiere sentarse en una silla que está junto a la puerta de entrada, dentro del salón. Dos residentes permanecen la mayor parte del tiempo en su habitación durante el día, una porque su enfermedad le obliga a permanecer acostada, y otro porque prefiere pasar el día viendo televisión o leyendo en cama. Dos residentes más permanecen en un par de sillones que están detrás del salón de usos múltiples, ambos son pacientes de

alzhéimer y permanecen inconscientes todo el tiempo. Uno más de los residentes permanece dormido la mayor parte del día en un sillón de la sala de tv, recuperándose de una cirugía cerebral. En promedio, 15 de los 21 residentes permanecen sentados a la mesa.

En el fondo del salón de usos múltiples hay una pequeña capilla con la imagen del Sagrado Corazón de Jesús y un crucifijo de metal, en donde se oficia misa todos los jueves al medio día. Para ello reciben la visita de un sacerdote y colocan a algunos de los residentes sentados en el interior de la capilla, y algunos otros se sientan afuera, pues ya no caben. El personal toma misa de pie desde el salón de usos múltiples. El sacerdote pasa también a dar la comunión a los residentes que se encuentran en cama, y a dar los Santos Óleos a los que se encuentran muy enfermos.

Todos los residentes que están en la mesa del salón de usos múltiples son llevados para escuchar la misa, ocasionalmente algunos parientes también llegan a la hora de la misa para compartir ese momento con los residentes.



**Foto 3.** Jueves de misa en El Refugio.

El salón de usos múltiples mantiene un olor permanente, mezcla de desinfectante de pisos, medicamentos y humedad de las paredes, lo cual aunado a la falta de ventilación debido al requerimiento de tener la puerta cerrada y a la ausencia de ventanas corredizas, genera un ambiente encerrado. En el fondo del salón, junto a la mesa principal hay un sanitario cuya única ventilación es la puerta, por lo que en ocasiones después de que es utilizado por algún residente se deja la puerta abierta y el olor se mezcla con los del resto del salón; debido a esto las cuidadoras evitan que los residentes utilicen este sanitario, que es el más cercano.

En ocasiones los visitantes ingresan por la puerta y saludan en voz alta a los residentes que están sentados a la mesa, a lo cual reciben una respuesta únicamente de parte del personal que se encuentre presente, o de algún otro visitante que se encuentre en la sala. Los residentes permanecen generalmente en silencio, son raras las ocasiones en que hablan en presencia del resto del grupo, o que establecen conversaciones con el personal, con los visitantes, o con otros residentes. Cuando hablan lo hacen con un tono de voz muy bajo, casi susurrando (a excepción de una de las residentes que usa un tono de voz muy alto, gritando en ocasiones). Las cuidadoras y las coordinadoras de actividades son las que hablan fuerte y durante todo el día mientras los residentes permanecen, en su gran mayoría y durante la mayor parte del día, en silencio.

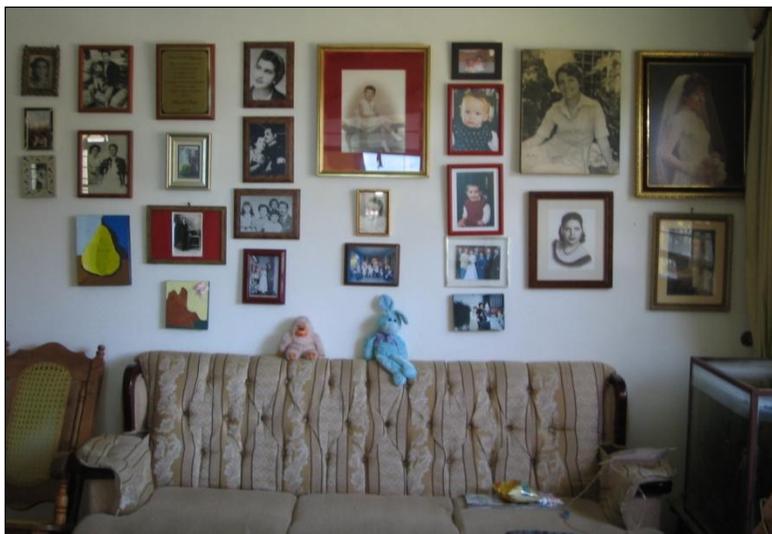
Desde el salón de usos múltiples sube una rampa que lleva a la sala de televisión en donde hay un juego de sala, una pecera, y por supuesto un aparato de t.v. En ocasiones los sillones de esta habitación están húmedos debido a los accidentes de incontinencia que sufren los residentes que se sientan en ellos; el olor en la sala de televisión es también a desinfectante, a residuos de orina y al moho que hay en la pecera. La televisión es de modelo antiguo y casi no capta ninguna señal, por lo que cuando rara vez lo encienden, la imagen se ve muy borrosa entre interferencia. En la sala de televisión es en donde generalmente se sientan las visitas, principalmente para conversar con el personal sobre algún asunto relacionado con el residente. Durante mi estancia en la institución escuché

a algunos visitantes quejarse con el personal por el olor desagradable que había en esta habitación, considerando que denotaba una falta de aseo en la institución.



**Foto 4.** Dos residentes en la sala de televisión

En esta sala hay muchas fotografías en la pared que son de los residentes cuando eran jóvenes, algunas son fotografías del día de su boda, otras de ellos cargando a sus hijos cuando eran pequeños, otras simplemente sus retratos en blanco y negro, algunas más son fotos de sus nietos. Las fotografías son llevadas por los familiares cuando los residentes ingresan a El Refugio; tanto por parte de los familiares como del personal se explica su presencia con la idea de que pueden servirle a los residentes para recordar de dónde vienen. Sin embargo los residentes rara vez están en esta parte de la casa y por lo tanto es difícil que puedan ver las fotografías o estar con alguien que se las muestre y les ayude a recordar.



**Foto 5.** Sala de televisión, pared con fotografías de los residentes cuando eran jóvenes.



**Fotografías 6, 7 y 8.** Algunos de los residentes en fotografías de su juventud.

En la sala de tv hay también algunos muñecos de peluche o de plástico en forma de animales o de bebés; en algunas ocasiones vi a una de las residentes cargar un muñeco como si fuera un bebé, arrullarlo y cantarle. Hay más de estos muñecos en algunos de los dormitorios de las residentes mujeres.

Entre el salón de usos múltiples y la sala de tv, junto a la rampa, hay una mampara que sirve para colocar el periódico mural que es cambiado mensualmente y que trata sobre las festividades marcadas por el calendario (por ejemplo el día del amor y la amistad, el día del niño, el día de la madre, el día de la

primavera, etc.). El material incluido en el periódico mural es elaborado por la directora y por las dos coordinadoras de actividades. Quienes lo leen son el personal y los visitantes de la institución, ya que los residentes no permanecen en esta área de la casa y también porque la mayoría no pueden leer, debido a sus condiciones de salud física y/o mental.

Al salir de la sala de tv pasamos por un corredor que está frente a las escaleras y el elevador para subir al segundo piso; en este corredor hay algunos sillones reclinables en donde permanecen dos de los residentes, enfermos de alzhéimer, durante todo el día.

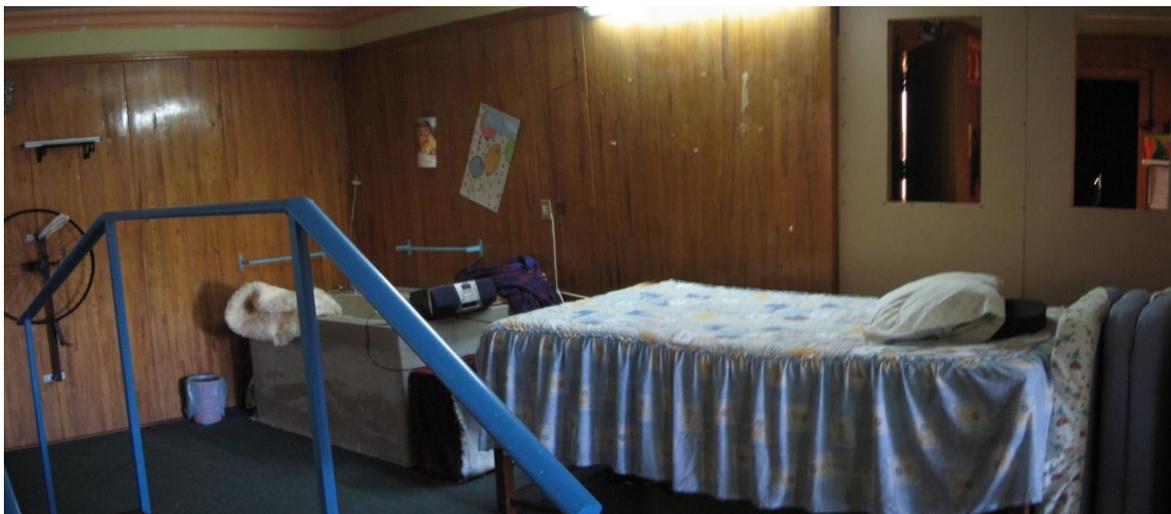


**Foto 9.** El corredor con los sillones individuales, frente a las escaleras y la puerta de madera del elevador. Una visitante revisa el suero de su madre, que está en silla de ruedas. Otra de las residentes, enferma de alzhéimer, con la pierna enyesada debido a un accidente en el elevador.

Al final de este corredor hay una pequeña sala abierta en donde hay aparatos para realizar ejercicio: una rampa, un timón, una bicicleta fija; hay también una cama para realizar masajes y movimientos de rehabilitación y una tina con hidromasaje. A excepción de la bicicleta fija, el resto de los aparatos parecen ser de fabricación casera (con barras de fierro soldadas, y pintados de

azul eléctrico) y la tina parece tener también una instalación muy improvisada, de cemento sin pintar y en un cuarto alfombrado.

A falta de otras superficies, las cuidadoras utilizan la orilla de la tina para poner una grabadora; durante mi estancia en la institución no presencié alguna vez que usaran la tina por lo que aparentemente la presencia de dicho aparato en cercanía al agua no representaba un riesgo cotidiano. En general esta sala era utilizada principalmente por el personal para reunirse, más que para que los residentes se ejercitaran o recibieran terapia física, uso que pocas veces vi que se le diera, pues generalmente permanecía vacía y los aparatos se utilizaban para colgar ropa u objetos de otras habitaciones que estaban temporalmente fuera de uso.



**Foto 10.** La sala de rehabilitación vista desde la rampa: cama, tina y timón.

Para realizar algunas actividades grupales las cuidadoras acomodan a los residentes en sillas (plásticas o sillas de ruedas) formando un círculo en la parte del salón que se encuentra frente a la capilla y que no tiene mesas. En esta parte del salón se organizan momentos de reunión en torno a un karaoke los fines de semana, se generan círculos en donde una cuidadora reza en torno a una imagen religiosa, celebraciones de cumpleaños y de días festivos, por ejemplo. También en esta parte del salón se coloca a los residentes en hileras, viendo hacia la

puerta de entrada, en donde alguna de las cuidadoras o una de las coordinadoras de actividades se coloca para indicarles movimientos que pueden realizar sentados, con el fin de que se ejerciten.



**Foto 11.** Los residentes escuchando música, sentados en círculo en el salón de usos múltiples frente a la capilla.

Junto a la sala de rehabilitación está el cuarto de personal, allí es en donde se guardan los documentos de la institución, los medicamentos de los residentes y los objetos personales de las cuidadoras durante su turno laboral; este es un lugar de tránsito para el personal; aquí se colocan los horarios semanales de los turnos de trabajo y los avisos de la directora dirigidos al personal. En este espacio se almacenan los pañales y los objetos que los familiares llevan para los residentes, como por ejemplo té, paquetes de vitaminas, e insumos para higiene personal.



**Foto 12.** El cuarto de personal.

El cuarto de personal no tiene algún espacio para que las cuidadoras puedan sentarse o apoyarse, por lo tanto cuando el personal requiere de realizar tareas relacionadas con el registro escrito de documentos se apoya en la mesa del salón de usos múltiples o en la cama de la sala de rehabilitación.

A pesar de que en el cuarto del personal las cuidadoras encuentran los horarios y los registros de los residentes, no está pensado para que sea un espacio en el que ellas puedan realizar alguna actividad o permanecer durante su descanso. Todos los registros de la institución se hacen a mano y no en alguna base de datos en computadora, por lo tanto todos los expedientes tienen solo un ejemplar y la información que contienen es en ciertas partes ilegible debido a la caligrafía utilizada por quien registró la información en cada caso.

El cuarto del personal es el paso hacia la cocina, y en ambos espacios está prohibida la entrada de los residentes, por razones de prevención de accidentes; la cocina es la que originalmente tenía la casa. Para conservar los alimentos se utiliza un refrigerador industrial bastante amplio. En la cocina se encuentra el menú semanal, que es diseñado por la directora de la institución, quien es también la encargada de comprar los víveres semanalmente, los cuales se guardan en una alacena en la cocina.



**Foto 13.** La cocina.

Atrás de la cocina se encuentra el área de lavado, que consiste en un patio con tendedores, lavaderos y dos lavadoras. A esta área de la casa tampoco está permitido el paso de los residentes y generalmente tanto en la cocina como en el área de lavado permanecen únicamente las cuatro empleadas encargadas de estas áreas (dos en cada una de ellas). Y dado que no hay un área designada para que el personal descanse y tome sus alimentos, las cuidadoras toman su almuerzo en la cocina sentadas en una silla, o de pie en el salón de usos múltiples o en la sala de rehabilitación.

En el área de lavado, la ropa sucia se clasifica en cuatro tambos: (1) baberos y manteles, (2) pantalones, (3) blusas, chamarras y sudaderas, (4) ropa con residuos fecales y en una pequeña caja en donde se ponen los calcetines y ropa interior. Las señoras encargadas de lavar también planchan la ropa y realizan la limpieza de la casa: barrer, trapear, tender las camas, lavar los baños, sacar la basura. El aseo de la cocina y el lavado de todos los trastes lo realiza el personal de dicha área, además de preparar los alimentos y servirlos.



**Foto 14.** El patio de lavado, los tambos para clasificar la ropa sucia.

Cada prenda de ropa de cada uno de los residentes se encuentra etiquetada con su nombre para identificarla y se acomoda en estantes que se encuentran también etiquetados con los nombres de los residentes, posteriormente se colocan en sus habitaciones, una vez que las prendas están lavadas y planchadas. Además de lavar la ropa, el personal de aseo se encarga de lavar las vendas que se reutilizan para realizarle curaciones a los residentes.

Junto al área de lavado hay una habitación que se utiliza como bodega de trebejos, en donde hay todo tipo de cosas viejas arrumbadas (material de construcción, adornos de navidad, rollos de tela, pedazos de muebles rotos, aparatos descompuestos, sillas de ruedas o muletas rotas, etc.).

Atrás de la cocina hay unas escaleras metálicas a la intemperie, que llevan a un dormitorio de reciente construcción, vacío por el momento y que está programado para albergar aproximadamente a cinco residentes más. Es básicamente un cuarto grande con un baño en el medio, una sola entrada, y algunas ventanas pequeñas en la parte superior de la pared pero que no permiten la vista hacia el exterior.

Regresando al interior de la casa, entre el cuarto del personal y la sala de tv, están las escaleras para subir a los dormitorios y un pequeño elevador junto a éstas, en el espacio bajo las escaleras hay un sanitario.

Junto a la cocina hay una habitación equipada con dos camas hospitalarias que se utiliza principalmente para atender a los residentes que se encuentran en un estado terminal de enfermedad para que permanezcan separados del resto de los residentes y sea más fácil su traslado al hospital en caso de emergencia.

En esta habitación, hay un baño completo (regadera, sanitario y lavabo) en donde las cuidadoras llevan a los residentes durante el transcurso del día para evitar el uso de los dos sanitarios que están afuera (en el salón de usos múltiples y debajo de las escaleras, frente al cuarto de personal) principalmente para evitar que los olores contaminen estas áreas que son más transitadas y públicas que la habitación. Este baño no tiene puerta ya que de esta forma es más cómodo para las cuidadoras utilizar el espacio mientras asisten a los residentes.



**Fotos 15 y 16.** La habitación de la planta baja (der.) y su sanitario sin puerta (izq.). Hay un sillón junto a la cama para que el residente reciba visitas.

Esta habitación también se utiliza para realizar las tareas relativas a la higiene personal de los residentes, como por ejemplo bañar a algunos de ellos en el transcurso del día, peinarlos, cortarles las uñas, etc.; y es más cómodo para el personal utilizar este espacio debido a que no es necesario trasladar al residente por las escaleras o el elevador hasta el sanitario de su habitación, lo cual les ahorra tiempo.

En esta habitación, al igual que en la sala de rehabilitación, el cuarto del personal y la bodega junto al área de lavado también podemos encontrar arrumbados diferentes tipos de objetos que ya no se utilizan.

En la planta alta se encuentran los dormitorios, dicha área está destinada únicamente a este fin. En esta parte de la casa hay siete habitaciones, en las cuales se organiza a los residentes teniendo como criterio principal de distribución su género. Hay tres habitaciones designadas para el uso de los residentes varones y cuatro habitaciones designadas para las residentes mujeres.

El segundo criterio de clasificación para el uso de las habitaciones es el de sus necesidades particulares relacionadas con el tipo de enfermedades que padecen los residentes. Por lo tanto hay una habitación designada a las residentes mujeres con alzhéimer que tienen trastornos de sueño y se mantienen activas por la noche. Hay una habitación con camas hospitalarias para dos residentes mujeres que no pueden mover su cuerpo debido a las secuelas de una embolia, una de ellas, y a la esclerosis múltiple la otra.



**Fotos 17 y 18.** La habitación con camas hospitalarias (izquierda) y la habitación para las residentes con alzhéimer (derecha).

Un tercer criterio que se utiliza para repartir el espacio en los dormitorios es el de cumplir alguna petición personal de los residentes que aún están en condiciones físicas y mentales de hacerlas, en cuanto a sus preferencias de con quien compartir la habitación. Tal es el caso de un residente que desea tener la mayor privacidad posible y que comparte la habitación solamente con otro

residente de manera esporádica, él es quien tiene más espacio en su dormitorio en comparación con los demás residentes y generalmente permanece allí viendo la televisión. El otro caso es el de una residente que prefiere también estar sola y que está en una habitación denominada por el personal como “individual”.

Hay dos habitaciones “individuales” en la institución, fueron construidas en el espacio que anteriormente era una terraza de la habitación principal de la casa. A esta terraza se le completó la pared y el techo para que estuviera cerrada completamente, tiene unas ventanas pequeñas en la parte superior y una ventana al fondo. Hay dos camas en este espacio (que mide aproximadamente 12 metros cuadrados) una en cada extremo, y la habitación se encuentra dividida por un cancel plástico que sirve para aislar la cama que está en el extremo más cerrado, que es en donde duerme la residente que mencionaba previamente. En esta parte de la habitación se encuentra el calentador de agua del baño de la habitación contigua (donde duermen las pacientes de alzhéimer) así como la ventilación de dicho baño (el extractor de aire) y una puerta que está clausurada con un armario. Es evidentemente una construcción improvisada con pocas medidas de seguridad y de comodidad para el residente, pero incluso se le ofrece con el “plus” de que no se comparte con nadie más el espacio.



**Foto 19.** La habitación “individual”.

En la habitación principal duermen tres residentes mujeres, dos de ellas comparten la misma cama (de tamaño matrimonial) y la otra duerme en una cama individual. En esta habitación hay un baño con dos regaderas y dos lavabos, equipada con barandales en las paredes.



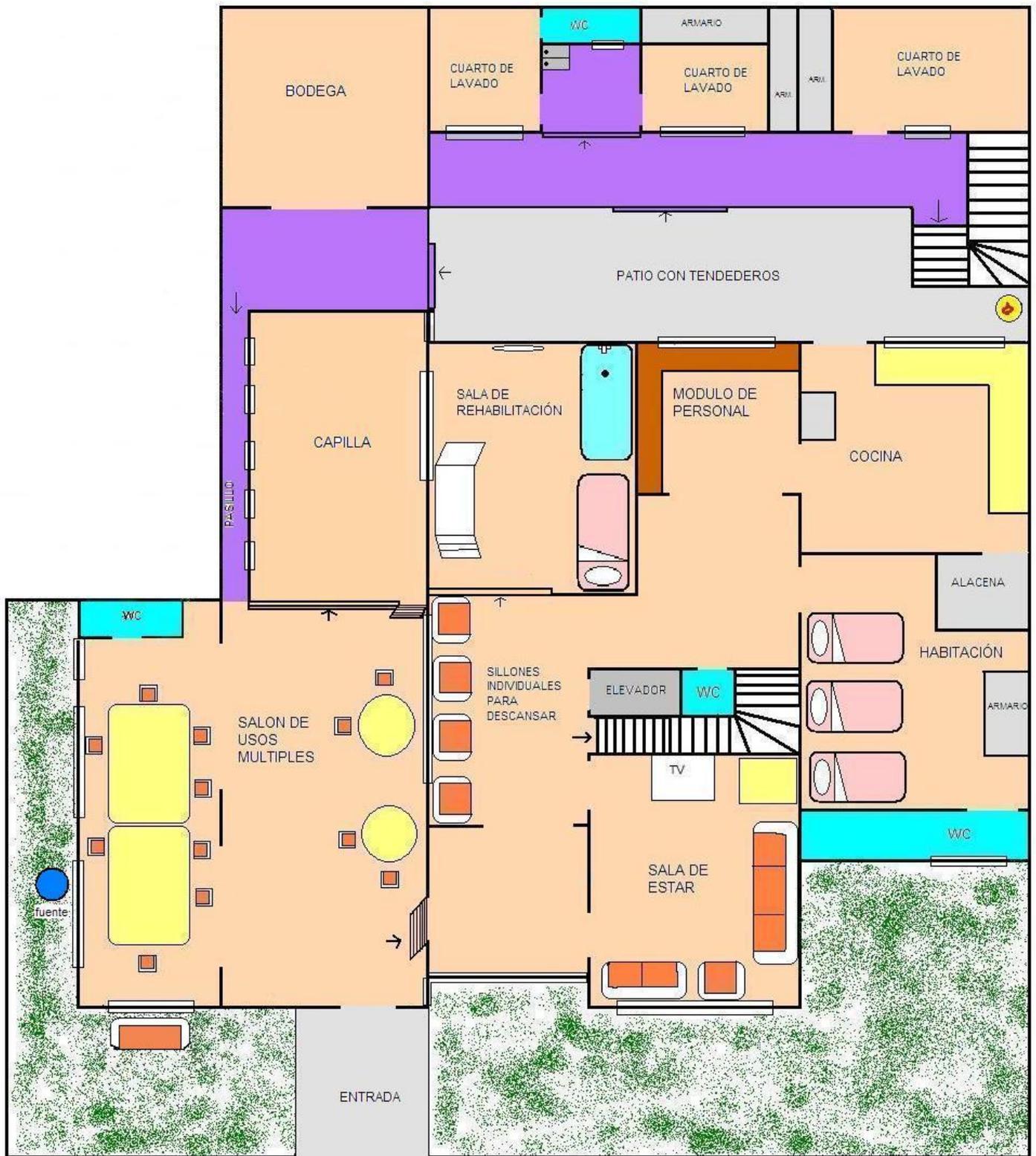
**Foto 20.** El dormitorio principal, al fondo las habitaciones “individuales”

La mayoría de los residentes varones (5 de los 9) duermen en una sola habitación en donde están todas sus camas colocadas en línea una junto a otra. En este cuarto hay algunos clósets armables de lona para colocar la ropa y no tiene su propio sanitario. Al lado de esta habitación hay otras dos, con dos camas cada una, en donde duermen otros cuatro residentes y esas dos habitaciones si tienen su propio baño. Cada cama de los cinco residentes está separada por un espacio aproximado de 1 metro, es decir, se encuentran muy juntas una de otra: la habitación mide aproximadamente 30 metros cuadrados.



**Foto 21.** La habitación más grande para residentes varones, al fondo una rampa que lleva a otra habitación con dos camas.

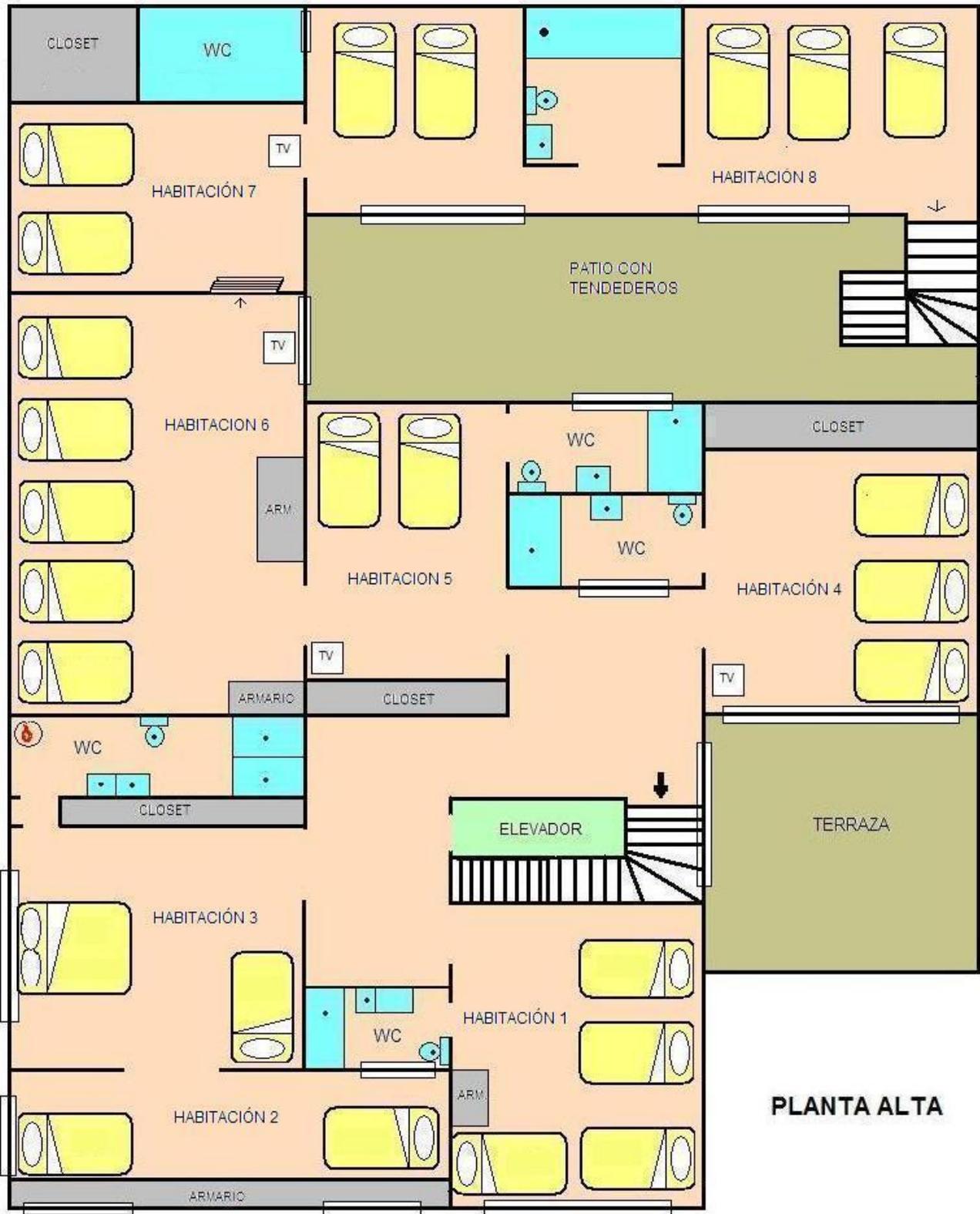
Los residentes tienen pocas pertenencias personales en su habitación, éstas se reducen a algunas prendas de ropa, alguna imagen religiosa y algunos productos de aseo personal. Hay tres de residentes que tienen su propia televisión en una mesita frente a su cama, porque sus familiares se las llevaron. Por normatividad de la institución está prohibido que los residentes tengan dinero y objetos de valor (como joyas) mientras permanezcan viviendo allí.



**PLANTA BAJA**

CALLE RÍO LERMA

Plano 1. La planta baja de El Refugio. Elaboración propia con datos obtenidos en la institución.



**Plano 2.** La planta alta de El Refugio. Elaboración propia con datos obtenidos en la institución.

### **3.2.- El espacio y la vida diaria en la IGA.**

Hasta aquí hemos hecho un recorrido por las instalaciones de El Refugio, a partir del cual podemos realizar un análisis crítico respecto al uso que se les da y a la forma en que el espacio incide en el desarrollo de la vida diaria de los actores que participan en la dinámica de la institución.

Lo primero que se vuelve notable es lo reducido e inapropiado del espacio en relación a la cantidad de residentes que hay y al tipo de necesidades físicas que tienen. La gran mayoría de los residentes ya no pueden caminar y requieren ser desplazados por el personal en sillas de ruedas, por lo que las instalaciones de la institución (en desniveles y de dos plantas) resultan inadecuadas para trasladarlos. Esto influye en que sea más cómodo para el personal mantener a la gran mayoría de los residentes en el salón de usos múltiples durante prácticamente todo el día.

Así mismo, los residentes deben ser transportados diariamente en el elevador para ir a su dormitorio, situación que ha causado accidentes que han dañado su salud, el más grave y reciente al momento de la investigación ha sido la fractura de la pierna de una de las residentes al quedar atrapada entre las puertas del elevador tras una distracción de las cuidadoras. La entrada a la institución es también un lugar donde suceden accidentes recurrentemente, debido a que se encuentra inclinado el terreno y los residentes que aún pueden caminar con apoyo de un bastón y se encuentran en ésta área han sufrido caídas al tratar de llegar a la banca-columpio que hay en este lugar, o al levantarse de ella. Las rampas que hay al interior de la institución para trasladarse del salón de usos múltiples a la sala de tv y a la capilla son muy inclinadas, ya que para hacerlas se cubrieron las escaleras que estaban previamente, y por lo tanto es muy trabajoso subirlas para aquellos residentes que aún pueden caminar con ayuda de un bastón.

En cuanto a las dimensiones de la institución, podemos notar que es sumamente reducido el espacio que cada residente tiene para sí, lo cual se refleja en que durante la mayor parte del día permanecen sentados frente a una mesa, con un espacio de no más de 50 centímetros entre su silla y la de otro residente, y aproximadamente 1.50 metros con el residente de enfrente. Por la noche, en su

dormitorio, su cama se encuentra a no más de un metro de la siguiente, y hay hasta cinco residentes por habitación, sin mencionar que hay dos residentes mujeres que duermen en la misma cama, sin que exista una justificación para ello salvo que no hay otro espacio disponible. Hay dos residentes durmiendo en un espacio que, antes de remodelar la casa, equivalía al balcón de la habitación principal, por lo que es sumamente reducido y se reduce aún más por la noche, al cerrar un cancel de plástico que las divide convirtiendo cada una de ellas en una celda de 2 x 2 metros.

Además de ser incómodo, lo reducido e inaccesible del espacio representa también un riesgo para la seguridad de los residentes ya que en el caso de que se presentara una emergencia y fuera necesario evacuar las instalaciones, resultaría imposible desalojar en poco tiempo y con la cantidad de personal disponible, debido a las dificultades para el traslado de los residentes que se han descrito previamente. Esta situación sería especialmente grave durante la noche, turno en el que hay solamente dos personas para asistir a todos los residentes y que todos se encuentran en la planta alta, pudiendo ser trasladados solamente a través del elevador en el cual caben máximo tres personas a la vez (un cuidador y dos residentes de pie, o un cuidador y un residente en silla de ruedas).

Otro punto que es importante destacar es el de la improvisación que hay en la construcción de las instalaciones, el uso de materiales provisionales y frágiles, la falta de ventilación y de iluminación que hay en la mayor parte de los espacios de la casa. Encontramos instalaciones provisionales en el salón de usos múltiples, justamente en el área en que los residentes pasan mayor tiempo; aquí las paredes tienen grandes espacios para ventanas, pero no hay vidrios sino plástico transparente recubriendo el hueco de los ventanales. Para crear habitaciones separadas en donde no las había, o dividir una habitación grande, en el área de dormitorios se han clausurado ventanas o puertas con muebles grandes que las tapen o cubriéndolas con telas o papel para que no se pueda ver hacia el otro lado, lo cual reduce la iluminación en las habitaciones y su ventilación. El sanitario del salón principal está construido en el espacio equivalente a un clóset, sin

ventilación y con una lámina delgada de madera que hace los fines de puerta, sin cerradura.

El mobiliario ha sido seleccionado principalmente por resultar económica su adquisición, más que por ser adecuado para los residentes; aquellos que no utilizan sillas de ruedas permanecen en sillas plásticas para jardín, que son inestables y de las cuales les cuesta trabajo levantarse. Los sillones son todos viejos, algunos de los que son reclinables ya no funcionan, y todos ellos se encuentran impregnados con manchas y olor a orina. Los colchones de las camas son también muy viejos y manchados a pesar de estar recubiertos con fundas de plástico.

Todas estas condiciones en el mobiliario, los materiales, la limpieza del lugar y lo reducido del espacio vital, nos presentan un escenario de vivienda poco digna y poco segura, que resulta especialmente impactante para personas acostumbradas a habitar en hogares de clase media, a tener al menos su propia habitación, construida de materiales sólidos y con mobiliario limpio, como es el caso de todas las casas que visité cuando realicé las entrevistas a los familiares de los residentes.

Por otra parte, la planeación estructural de El Refugio nos sugiere que considera a las prácticas religiosas del catolicismo como una necesidad importante de los residentes, al grado que, en esa casa con serias carencias de espacio, se ha designado una habitación para que funcione como capilla. En contraste, la institución no tiene consultorio, o enfermería, a pesar de que atiende principalmente a adultos mayores discapacitados y enfermos, no todos ellos católicos. Recibe las visitas semanales de un sacerdote, pero no de un médico geriatra que supervise el estado de salud de los residentes. Este hecho me parece significativo, pues nos indica que la institución está más enfocada a un acompañamiento del residente en su proceso de morir, que en un proceso de atender sus enfermedades o prever la aparición de nuevas.

La distribución espacial de El Refugio y la forma en que es utilizado el espacio nos muestra que la planeación no considera que los residentes necesiten tener espacio, ni privacidad, ni pertenencias. Retomando la reflexión que nos

sugiere el epígrafe de este capítulo: la institución se encarga de mantenerlos vivos, pero no pretende una recuperación del paciente debido a que son adultos mayores en edades muy avanzadas y se asume que están a punto de morir. En función de esto es que entran las actividades religiosas, como una forma de preparación espiritual para la muerte que se asume ya es más importante que ayuda terapéutica ante la enfermedad.

Las condiciones espaciales de la institución que hemos expuesto hasta ahora también afectan el trabajo que realizan las cuidadoras, pues las condiciones de estrechez complican la ejecución de algunas de sus tareas, muchas de las cuales requieren de amplitud y esfuerzo físico por parte de la cuidadora para mover, trasladar y asear al residente. Las actividades también se complican por la ausencia de superficies en donde colocar los utensilios en uso, que terminan en el suelo o sobre alguna cama. Otra cuestión es que no hay un espacio designado para que el personal consuma sus alimentos y/o tome un momento de descanso, lo cual sería su derecho como trabajadores, por lo que tienen que comer en la cocina o en el algún otro espacio de la casa, en algún momento en que haya tiempo y espacio disponible, de pie o sentados sin el apoyo de una mesa. La cocina es un espacio más confortable y privado para el personal, en comparación con la sala de usos múltiples, y por lo que pude observar allí es en donde toman un momento de su turno de trabajo para comer y/o para conversar entre sí, especialmente sobre asuntos personales que deseaban compartir sólo con algunos de sus compañeros.

En cuanto a los visitantes, son quienes expresan más extrañeza e incomodidad ante las condiciones espaciales de la institución, pues para ver a su familiar tienen que permanecer en el salón de usos múltiples, situación que varios buscan evadir. Algunos de ellos prefieren mantenerse en la cochera, a espera de que las cuidadoras traigan a su familiar; otros permanecen en la sala de t.v. y algunos más solamente pasan al cuarto de personal, se mantienen allí conversando con la directora un momento y después se retiran. Son pocos los visitantes que permanecen en el salón de usos múltiples, sentados junto a su familiar, durante algún tiempo; generalmente son los mismos que también acuden

ocasionalmente a misa. Algunos los visitantes prefieren pasar por el residente y llevarlo a otro espacio como por ejemplo la casa familiar o algún restaurante para pasar tiempo con él sin tener que estar en la institución, por resultarles incómodo el lugar debido a las condiciones previamente señaladas.

En las entrevistas que realicé a los familiares, lo reducido del espacio y el tipo de instalaciones de la casa (a las que consideraban “provisionales” o “improvisadas”) fueron motivo de las principales críticas negativas para la institución, aunque consideraban que era más importante que los residentes recibieran una buena atención por parte de las cuidadoras, y que esto “compensaba” de cierta manera las carencias en las instalaciones de El Refugio.

### **3.3.- El personal que trabaja en El Refugio.**

Como se ha adelantado brevemente, el personal de la institución está conformado por las cuidadoras, las coordinadoras de actividades, las cocineras y las señoras encargadas de la limpieza (mantenimiento). A partir de mi observación durante mi estancia en El Refugio, así como a las entrevistas con la directora de la institución y el resto del personal, he identificado cuáles son las actividades que desempeñan en la IGA y las características principales de su trabajo. A continuación presento dicha información de manera sistemática.

#### **1.- Cuidadoras:**

Son quienes se encargan de asistir a los residentes en sus actividades diarias de cuidado personal, principalmente:

- 1) Atender lo referente a su higiene corporal (bañarse, lavarse los dientes, peinarse, lavarse la cara y las manos, cortarse las uñas de pies y manos, afeitarse, cambiarse de ropa, asearse después de ir al sanitario, cambio de pañal).
- 2) Ayudarlos a consumir sus alimentos.
- 3) Asistirlos al trasladarse al interior de la institución y ocasionalmente al exterior de ésta.

4) Llevar un seguimiento de los tratamientos médicos y brindar atención primaria de la salud a los residentes (suministrar los medicamentos que tienen recetados los residentes por su médico, realizar terapia física personalizada, tomar los signos vitales del residente, revisar sus evacuaciones para buscar síntomas de posible enfermedad, realizar curaciones en heridas o lesiones de otro tipo, tratar malestares leves, canalizar al residente con un médico en caso de emergencias médicas o complicaciones en sus enfermedades).

Las cuidadoras son mayoritariamente mujeres a excepción de tres varones que trabajan en el turno de la noche. En El Refugio trabajan aproximadamente cinco personas como cuidadoras en los turnos de mañana y tarde, y cuatro en el turno de la noche. Señalo que “aproximadamente” porque son quienes se mantuvieron de manera estable en la institución durante el periodo en el que realicé el trabajo de campo ya que hubo otros tres miembros del personal que salieron después de haber trabajado allí por algunos meses.

Una aclaración importante es que, además de esas cinco cuidadoras de los turnos de la mañana y de la tarde, la directora de la institución también realiza las tareas de cuidadora en el turno de la mañana, por lo que generalmente hay en la mañana dos cuidadoras y la directora, en la tarde tres cuidadoras y en la noche dos cuidadores o cuidadoras, dependiendo del día.

Idealmente, debería de haber tres cuidadoras en los turnos de mañana y tarde, de esta manera en la mañana habría tres cuidadoras y la directora, sin embargo no siempre está disponible tanto personal. En las últimas semanas de mi trabajo de campo había dos cuidadoras fijas en la mañana con la directora, y tres cuidadoras fijas en la tarde.

Todas las cuidadoras tienen algún tipo de capacitación profesional en cuanto a enfermería especializada para la atención de adultos mayores dependientes, algunas de ellas al nivel de diplomado o de curso por parte del DIF estatal, otras de ellas son estudiantes de enfermería, y la directora es quien realizó una maestría en salud pública y ha tomado cursos para especializarse en la

atención de adultos mayores, a partir de los cuales también capacita a su propio personal.

En total hay tres turnos laborales para las cuidadoras: mañana (7:00-14:30 hrs), tarde (13:30-21:00 hrs) y noche (21:00-7:00hrs). En la noche hay dos cuidadores solamente, este turno se lo reparten entre 4 personas (tres hombres y una mujer), trabajan un día dos de ellos y al día siguiente los otros dos. El resto de las cuidadoras trabajan de lunes a domingo, teniendo un día de descanso que puede variar y depende del horario general de las cuidadoras de la mañana y de la tarde.

En el horario de turnos aparece la inicial de la cuidadora y el turno en que le toca cada día, quien aparece primero en cada turno es quien está como responsable, y es quien está encargada de responder en una emergencia, y quien coordina las actividades del resto del personal. Se elige al responsable del turno a partir de su nivel de escolaridad en relación al de sus compañeros de turno, quien tiene más escolaridad es quien se queda como responsable. Por las mañanas casi siempre está la directora, por lo que ella es la encargada del turno de la mañana independientemente de las cuidadoras que trabajen en ese turno.

Al cambiar de turno las responsables se reúnen brevemente para reportar el estado general de cada residente (lo que se apunta en la hoja de enfermería) y hacer algunas preguntas concretas sobre si se aplicaron ciertos medicamentos o la alimentación.

Al final de su turno las cuidadoras deben llenar un breve reporte de cada uno de los residentes para mencionar a grandes rasgos cuál fue su estado durante el turno; por ejemplo, en los turnos de la mañana y de la tarde reportan si el residente comió bien (porcentaje de la dieta), si tomó sus medicamentos, si se bañó, si lo llegaron a visitar o si lo llevaron de paseo, si estuvo tranquilo o por el contrario ansioso o triste, si presentó episodios de llanto o si estuvo contento, si hizo del baño. Es algo que hacen todos los días cada vez que termina su horario laboral. En el turno de la noche reportan cómo fue su sueño, si durmió bien o si estuvo despertando durante la noche, si presentó algún dolor o molestia, si se aplicó algún medicamento (se reportan incluso las pomadas y los tés para dolores

de cabeza o de estómago, por ejemplo). De esta manera las cuidadoras de la mañana pueden saber si el residente tuvo algún problema por la noche, pues lo primero que hacen es revisar en su expediente el reporte de los cuidadores de la noche.

Aunque hay una cuidadora que tiene 50 años de edad es la excepción, ya que entre las cuidadoras que trabajan en los turnos de la mañana y la tarde se encuentra el personal más joven de la institución, que tiene entre 20 y 30 años de edad, la mayoría de ellas solteras y con pocos o ningún dependiente económico<sup>15</sup>.

Cinco de los cuidadores tienen un salario de \$1,400.00 a la quincena (aproximadamente \$93.00 al día, equivalente a \$8.50 USD). Tres de ellos que son estudiantes de enfermería reciben un poco más (\$1,425.00 a la quincena) y uno de ellos que es inhaloterapeuta recibe el salario más alto de entre los cuidadores: \$1,500.00 a la quincena. Es decir, los cuidadores ganan aproximadamente \$250 USD al mes por su trabajo en El Refugio.

## 2.- Coordinadoras de actividades:

Esta área de la institución está conformada por una psicóloga y una coordinadora de actividades que es química de profesión. Ambas son las encargadas de planear, organizar e implementar las actividades recreativas y ocupacionales que realizan los residentes durante la semana, tales como las labores manuales, las celebraciones, y las rutinas grupales de ejercicios.

Se encargan también de observar que el resto del personal trate con amabilidad a los residentes y que la institución esté limpia, es decir supervisan las tareas de las cuidadoras y el personal de mantenimiento, esto con el propósito de apoyar a la directora en la administración de la casa y la supervisión del desempeño de personal dentro de sus respectivas tareas. Ambas son el personal de confianza de la directora y su estatus dentro de la institución es superior al de las cuidadoras jerárquicamente hablando, lo cual ocasionaba algunos roces entre ambos grupos, que se han expresado en desacuerdos principalmente con el

---

<sup>15</sup> No cuento con esta información para el caso de los cuidadores varones del turno de la noche ya que no realicé entrevistas entre el personal de dicho horario.

personal de la tarde que no desean trabajar bajo la supervisión de las coordinadoras.

La psicóloga y la maestra de actividades son los miembros del personal que reciben el salario más alto, \$2,660.00 cada 15 días, es decir \$5,320.00 al mes<sup>16</sup> y trabajan de las 7:00 a las 15:00 hrs. de lunes a sábado.

Para planificar las actividades se guían principalmente por su criterio personal en relación a las posibilidades de participación de la mayoría de los residentes, pues su preparación profesional no se encuentra relacionada directamente con el cuidado de adultos mayores dependientes. Para preparar sus actividades las coordinadoras toman ideas de manera autodidacta de manuales de cuidados para adultos mayores, o de actividades escolares (para tener ideas sobre manualidades), en ocasiones con asesoría de la directora de la institución.

En general las actividades ocupacionales que las coordinadoras organizan para los residentes se limitan principalmente a iluminar dibujos en hojas de papel con colores o plumines, en adornar figuras de unicel con chaquiras y pegamento o alfileres (para insertar las chaquiras dentro de las figuras) y en realizar ciertas rutinas de ejercicios físicos grupales. También se encargan de conseguir el material necesario para las actividades manuales que realizarán los residentes y de administrarlo.

En teoría, como parte de la asignación de tareas por parte de la directora, se supone que la psicóloga debería encargarse también de realizar un diagnóstico sobre la salud mental de los residentes y darle seguimiento; sin embargo no les ha realizado un diagnóstico formal sino simplemente de manera general considera que algunos tienen síntomas de depresión, o de demencia, por ejemplo. Su capacitación profesional no cubre los aspectos necesarios para diagnosticar o tratar los problemas específicos que padecen los residentes; por lo tanto su presencia no le ofrece a los residentes un apoyo profesional en el caso de que efectivamente estén pasando por una depresión, o para enfrentar las situaciones dolorosas implicadas en su vida diaria (como por ejemplo estar rodeados por

---

<sup>16</sup> Aproximadamente \$483 USD

personas muy enfermas, en el caso de los residentes mentalmente sanos; el fallecimiento de algún compañero, los cambios bruscos en su estilo de vida, etc.), por lo tanto esta parte de lo que sería su trabajo no se encuentra cubierta.

Una tarea más que realizan las coordinadoras es la de colocarles baberos plásticos a los residentes antes de que llegue la hora de comer y lavarles las manos, es una tarea que no realizaron todo el tiempo que duró mi observación (los residentes no usaban baberos para comer y las cuidadoras les lavaban las manos) y que fue instaurada durante el último mes de la misma.

### 3.- Personal de aseo y Cocina:

El personal de limpieza se encarga de barrer, trapear y sacudir todos los espacios de la casa, limpiar los baños, tender las camas y lavar toda la ropa sucia, tanto la ropa blanca como la ropa de los residentes. Las dos personas encargadas de hacer el aseo tienen 52 y 57 años de edad, con hijos adultos que ya no dependen económicamente de ellas, y son el personal de más edad en la institución.

El personal de cocina se encarga de preparar tres alimentos al día para los residentes a partir de un menú que es programado por la directora de la institución; también se encargan de limpiar las instalaciones de la cocina; así mismo son quienes sirven a los residentes el desayuno, la comida y la cena, con ayuda ocasional de las cuidadoras. Las dos señoras que trabajan en la cocina tienen 32 y 46 años de edad, con hijos pequeños que todavía dependen de su manutención; ellas dos junto con la directora, la psicóloga y la maestra de actividades conforman el estrato de edad “medio” del personal de la institución: entre los 32 y los 47 años de edad.

Las señoras de la cocina tienen como una de sus tareas la de limpiar la alacena y el refrigerador cada 15 días, para revisar que no haya comida descompuesta o que no falten ingredientes para preparar los alimentos de la semana.

Las señoras que hacen el aseo trabajan por la mañana de 7:00 a 15:00 hrs; el personal de cocina trabajaba durante los primeros de mi estancia en este mismo

horario, pero posteriormente cambiaron a trabajar una cocinera por la mañana de 7:00 a 15:00 hrs y una cocinera por la tarde, de 15:00 a 20:00 hrs, de forma que una se encarga del desayuno, entre ambas atienden la comida, y una se encarga de la cena. El personal de aseo y de cocina recibe \$650.00 a la semana por su trabajo (\$2,600.00 al mes, equivalente a \$236 USD aproximadamente).

#### 4.- Dirección:

La dirección de la institución está a cargo de una sola persona, que es también propietaria de la misma. Las tareas de la directora son diversas ya que realiza tanto las actividades de asistencia personal que realizan las cuidadoras, como las tareas de administración, supervisión, planeación y coordinación general, necesarias para que funcione la institución.

De esta manera, la directora se encarga de contratar al personal, organizar los horarios de trabajo, supervisar la forma en que las cuidadoras tratan a los residentes y realizan su trabajo, pagar los salarios del personal, establecer las reglas de funcionamiento de la institución para el personal, los residentes y los familiares. También de organizar los expedientes de los residentes y llevar un seguimiento de sus tratamientos médicos, incluyendo la supervisión del suministro de medicamentos.

Es también quien lleva un seguimiento del cobro de cuotas mensuales a los familiares, planea el menú y compra los víveres semanales para los residentes; compra los paquetes de pañales para adulto, y atiende a los familiares por teléfono o en persona para informarles sobre el estado de salud y de ánimo del residente. La directora interviene en caso de una urgencia médica, realiza los trámites necesarios para tener la institución funcionando de acuerdo con los reglamentos de la SSA, y realiza los trámites necesarios cuando fallece un residente en la institución.

Generalmente la directora permanece en la institución desde las 7:00 hasta las 16:00 o 17:00 hrs, aunque en ocasiones se queda hasta más tarde o regresa para atender alguna emergencia que se presente.

Como señalaba previamente, la directora tiene una maestría en salud pública, además de que realiza cursos de capacitación relacionados con la atención específica de adultos mayores impartidos por el DIF o por la universidad del estado; su preparación profesional es una de las principales características positivas que los familiares me dijeron encontrar en la institución para preferirla en lugar de otras.

Todas las trabajadoras de la institución tienen que utilizar uniforme para trabajar. Las cuidadoras utilizan un uniforme de pantalón y filipina o chaqueta clínica (una especie de camisa amplia de manga corta, con bolsillos grandes a los costados que les permite llevar otra blusa o suéter debajo) que generalmente es blanco, aunque en algunas ocasiones utilizan uno rosa o verde; llevan el cabello recogido y zapatos blancos de enfermera; los cuidadores varones utilizan uniforme blanco de enfermero y zapatos blancos. El personal de aseo lleva uniforme de camisola y pantalón azul marino, el personal de cocina utiliza uniforme azul marino, mandil blanco y una red para cubrir el cabello. La maestra de actividades y la psicóloga utilizan un mandil con bolsillos grandes de diferentes colores y estampados, debajo de éste utilizan en ocasiones su ropa de civil y en otras un uniforme azul marino o blanco de camisola y pantalón.

Las diferencias salariales entre la maestra de actividades y la psicóloga con el resto del personal son muy grandes (casi ganan el doble que el resto); considero que esto se justifica principalmente con el hecho de que ellas dos tienen una licenciatura terminada, y que se debe a que son personal de confianza de la directora de la institución.

El resto del personal tiene un salario mensual muy similar entre sí (de entre \$2,600 y \$2,800.00), las cuidadoras ganan aproximadamente lo mismo que el personal de limpieza y de cocina, a pesar de que:

- 1) Su trabajo requiere de ciertos conocimientos técnicos y médicos especializados para atender a los residentes y todas ellas tienen más escolaridad que el personal de limpieza y de cocina, por lo que en su caso no se sigue la regla que aparentemente utiliza la directora para asignar salarios: a mayor escolaridad

mayor salario. Esto vuelve evidente la situación de que la directora le da un mayor salario a su personal de confianza, por el apoyo incondicional que le ofrecen ante los demás trabajadores y no por su escolaridad o preparación profesional (que como pudimos ver, en el caso de las coordinadoras de actividades no es el más apropiado), lo que genera inconformidad entre el resto

2) Lo anterior se relaciona con que, como mencionaba previamente, las cuidadoras han cursado alguna capacitación relativa al cuidado de adultos mayores y/o tienen experiencia previa en este ramo laboral; mientras que el personal de limpieza y cocina no cuenta con alguna capacitación especializada para realizar su trabajo.

3) Aunque todos estos trabajos (limpieza, cocina y cuidadoras) implican una intensa actividad física, en el caso de las cuidadoras esto implica también cierto desgaste adicional de tipo emocional por el contacto diario con el malestar físico de los residentes y los posibles conflictos que se presentan en dicho contacto (con el residente, con sus familiares o con otros miembros del personal); estas situaciones se aminoran en el caso del personal de limpieza y de cocina, cuyo contacto directo con los residentes es mínimo. Quizá lo más justo sería que este tipo de desgaste fuera compensado de alguna forma en el ingreso de las cuidadoras.

Tanto las trabajadoras del área de limpieza como las cuidadoras tratan cotidianamente con los desechos fecales de los residentes, unas porque lavan la ropa y los lugares que se ensucian con dichos residuos y las otras porque asean a los residentes y les cambian el pañal. Este es uno de los aspectos de su trabajo al que se han tenido que acostumbrar poco a poco (algunas me platicaron que antes eran muy “asquerosas” pero que tuvieron que aprender a lidiar con los desechos de los residentes) y que se trata con discreción en la institución, sin hacer mención respecto a los detalles del proceso de limpieza, a los olores o a la situación en la

que residente y cuidadora conviven durante el aseo, pero que sin duda es uno de los aspectos más duros de su trabajo.

En relación al personal que trabaja en El Refugio es importante considerar que la institución promete ofrecer una atención especializada y personalizada al residente; como hemos podido ver estas promesas no pueden cumplirse ya que cada cuidadora tiene bajo su cuidado a siete residentes en su turno (diez residentes por cuidador en el caso del turno de la noche) lo cual rebasa por completo el tiempo que puede dedicar a atender a cada uno. Debido a esta falta de personal es frecuente que los residentes no sean aseados con la frecuencia que lo requieren y que tengan que esperar para ser asistidos en el consumo de sus alimentos; también pude ver que ocurrieron accidentes en alguna ausencia del personal debido a que tenían que realizar otras tareas y no hay el personal suficiente para supervisar en todo momento a los residentes.

En cuanto a la preparación especializada de los trabajadores nos encontramos con que la capacitación de las coordinadoras de actividades no es la adecuada para encargarse de las actividades ocupacionales de los residentes, por lo que las actividades que organizan no se encuentran respaldadas por los conocimientos específicos que les permitan enfocarse en ayudar al residente a conservar sus funciones motrices, mentales, sensoriales, etc., como sería deseable (y es además uno de los objetivos que se planteó la institución), ni tampoco a asistirlo en sus problemas emocionales o personales.

Nos encontramos también con que la preparación de las cuidadoras es de un nivel muy básico, lo cual las imposibilita a actuar de la mejor manera en emergencias u otras situaciones específicas. La directora de la institución es quien concentra la capacitación y la especialización profesional, las funciones administrativas, la toma de decisiones (incluso en caso de emergencia) y las responsabilidades, por lo que en su ausencia el personal no se encuentra preparado para atender muchas situaciones, lo cual puede llegar a repercutir tanto en la salud como en la seguridad de los adultos mayores que se encuentran bajo su cuidado. Esta situación puede ejemplificarse en el “plan de evacuación” en caso de emergencias que la directora diseñó para el turno de la noche:

### **Turno nocturno.**

2 Personas de enfermería

- a) 1 persona de enfermería hará de manera rápida las llamadas pertinentes, cabe destacar que se le hará la llamada primera a [nombre y número telefónico de la directora] para que ella traiga más personas para apoyo en evacuación, posteriormente las llamadas al servicio de urgencia pertinente.

Urgencias: [número]

Atención ciudadana: [número]

Bomberos: [número]

Ambulancia médica: [número]

- b) Mientras la otra persona de enfermería comienza a la par a evacuar a las personas que deambulan, mientras se incorporan las personas que auxiliarán en la evacuación de los demás.

Por lo que pude observar, todas las trabajadoras de El Refugio tratan a los residentes con amabilidad y paciencia, siendo esta su principal cualidad para trabajar con este tipo de población. Me parece que la orientación católica que tiene la institución promueve en el personal también los valores de servicio y humildad ante las personas más frágiles: lo que hacen la mayoría de las cuidadoras al llegar a su turno de trabajo es persignarse ante la imagen de la capilla para encomendar su trabajo a Dios, lo cual me hace pensar que muchas de ellas se identifican con estas ideas. Igualmente, en momentos críticos me tocó presenciar que las cuidadoras encendían una veladora y oraban para pedir por el bienestar de todas las personas que viven y trabajan en El Refugio.

Las ideas que guían el trabajo de la institución se pueden resumir en el siguiente mensaje, escrito por la directora, que se encuentra visible para los trabajadores en el cuarto de personal:

No es lo importante lo que uno hace, sino cómo lo hace, cuánto amor, sinceridad y fe ponemos en lo que realizamos. Cada trabajo es importante, y lo que yo hago, no lo puedes hacer tú, de la misma manera que yo no puedo hacer lo que tú haces. Pero cada uno de nosotros hace lo que Dios le encomendó.

El revestir de encomienda divina la labor de los cuidadores de El Refugio le da un significado especial a las tareas que realizan, y en calidad de servidores de Dios se da prioridad al amor que pongan en realizar su trabajo, más que en su capacitación profesional. Esto sin mencionar que es mucho más barato pagar a trabajadores con poca escolaridad que a especialistas en el ramo.

## CAPÍTULO 4

### Los residentes de *El Refugio*, un día típico.

- Dr. Sayer: *Excuse me, but, what are all these people waiting for?*
- Anthony: *Nothing*
- Dr.: *But, how are they supposed to get well?*
- A: *They're not, they're chronic. We call this place "the garden".*
- Dr.: *Why?*
- A: *'Cause all we do is feed them, and water them.*<sup>17</sup>

Diálogo del filme "Awakenings" (Columbia Pictures, 1990)<sup>18</sup>

#### Introducción.

El presente capítulo se enfoca en describir y analizar la rutina diaria de actividades que desarrollan los residentes y el personal de El Refugio.

Para ello, en principio se muestra un perfil general de los residentes, con la finalidad de conocer principalmente sus características socioeconómicas y de su estado de salud/enfermedad, esto último de especial importancia debido al papel que juega la dependencia dentro del análisis.

Más adelante se presenta un análisis en relación a la rutina diaria de los residentes y del personal de la IGA en un día típico. Este recurso nos permite identificar las formas concretas que toma la asistencia que se presta a los residentes en la institución, así como los conflictos que se presentan en las relaciones sociales cotidianas y las condiciones en las que se desarrollan las actividades diarias de quienes participan de la vida interna de El Refugio.

La importancia de dicho análisis reside en que nos permite reflexionar sobre el tipo de cuidado que se proporciona a los adultos mayores dependientes en las instituciones geriátricas y la forma en que se perciben, identifican y atienden sus

---

<sup>17</sup> - Dr.: *Disculpe, pero ¿qué están esperando todas estas personas?*

- A: *Nada*

- Dr.: *Pero ¿entonces cómo se supone que van a mejorarse?*

- A: *No lo harán, son enfermos crónicos. A este lugar le llamamos "el jardín"*

- Dr.: *¿Por qué?*

- A: *Porque todo lo que hacemos es alimentarlos y darles agua.*

<sup>18</sup> Escena en que el enfermero Anthony le muestra al Dr. Sayer el que será su nuevo lugar de trabajo, en un hospital para enfermos crónicos en Nueva York.

necesidades diarias en estos espacios creados para asistirlos en su condición específica de vejez y discapacidad..

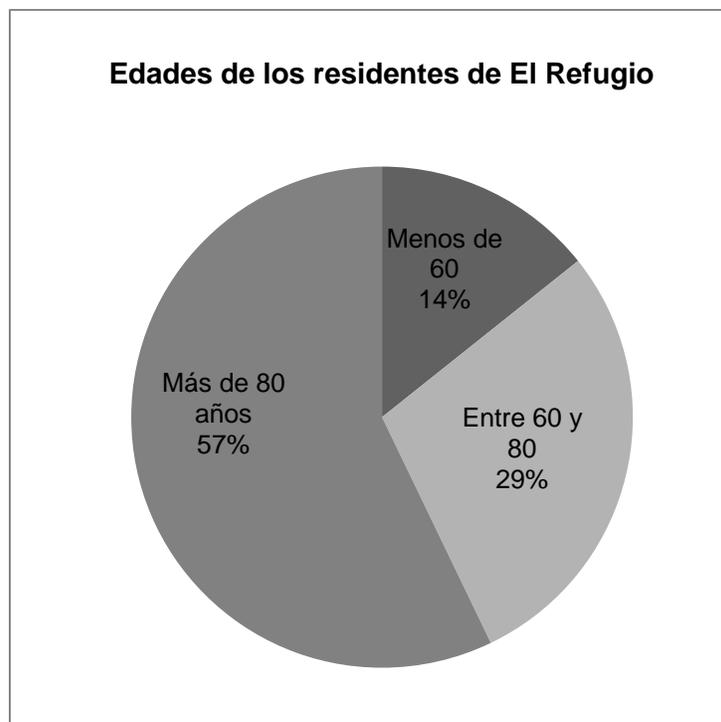
Mediante el análisis de las pequeñas tareas y dificultades que se libran a diario en el interior de El Refugio, podemos acercarnos al tipo de problemáticas que viven los adultos mayores que viven allí y al tipo de vida cotidiana que llevan durante los días finales de su existencia. y la forma en que se perciben, identifican y atienden sus necesidades diarias en estos espacios creados para asistirlos en su condición específica de vejez y discapacidad.

#### **4.1.- Los residentes de El Refugio.**

En el momento en que se realizó la presente investigación (durante los meses de enero a abril del 2007) en El Refugio había 21 residentes. Dos residentes fallecieron en el mes de abril, pero sus casos están incluidos entre esos 21 ya que permanecieron de manera estable durante el periodo de estudio.

Nueve de los residentes de El Refugio son varones y doce son mujeres. Seis de los residentes tienen entre 60 y 80 años de edad, y tres son menores de 60 años. La mayoría de los residentes (doce) tienen más de 80 años de edad, en este grupo hay cuatro residentes que tienen más de 90 años (y entre ellos dos tienen 99 y 100 años de edad, siendo así los de más edad entre los residentes). Estas edades son muy avanzadas considerando que, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población, la vida media de los mexicanos actualmente es de 75 años [CONAPO, 2001, p. 23].

El caso de los tres residentes menores de 60 años que viven en esta IGA (un varón de 59 años, y dos mujeres de 54 y 55 años de edad), a quienes aún no se les puede considerar como adultos mayores, fue revisado de manera particular por la directora de la institución quien decidió admitirlos debido a que padecen enfermedades crónicas que requieren de cuidados diarios, lo cual vuelve muy probable que estas personas envejecerán en la institución.



**Gráfica 1.** Edades de los residentes de El Refugio. Elaboración propia con datos obtenidos en los expedientes y entrevistas.

Quienes llevan más tiempo viviendo en El Refugio son dos residentes que al momento del estudio tenían 5 años de estancia en la institución (ingresaron en agosto del 2002) y cuatro residentes que tenían una estancia aproximada de 4 años (ingresaron en el 2003). Los siete residentes que llevaban menos tiempo en la institución ingresaron en el 2006, es decir tenían entre un año y seis meses de estancia al momento de la investigación. Los ocho residentes restantes tenían entre 2 y 3 años de estancia en la institución.

FECHAS DE INGRESO DE LOS RESIDENTES DE EL REFUGIO				
NOMBRE	EDAD AL INGRESAR	FECHA DE INGRESO	EDAD <sup>19</sup>	DURACIÓN DE SU ESTANCIA <sup>20</sup>
ADOLFO	72	17 agosto 2002	77	5 años
ALFONSINA	80	26 agosto 2002	85	5 años
JACINTA	81	13 febrero 2003	85	4 años
TEODORA	51	29 marzo 2003	55	4 años
GRETA	50	1 agosto 2003	54	4 años
LEONORA	89	2 noviembre 2003	93	4 años
TOMASA †	80	7 febrero 2004	82	3 años
ANGELA †	87	19 diciembre 2004	89	2 años
ALBERTO	87	9 febrero 2005	88	1 año
ISRAEL	77	8 marzo 2005	79	1 año
ISOLDA	98	12 octubre 2005	99	1 año
RAQUEL	81	27 octubre 2005	82	1 año
PASTOR	85	10 enero 2006	86	1 año
LUCÍA	71	26 abril 2006	72	1 año
NOÉ	68	15 mayo 2006	69	1 año
MARCELA	86	21 junio 2006	86	10 meses
JULIÁN	76	12 agosto 2006	77	8 meses
JACOBO	59	7 octubre 2006	59	7 meses
GUSTAVO	100	11 noviembre 2006	100	6 meses
NÉSTOR	83	29 diciembre 2006	83	4 meses
ELENA	72	26 febrero 2007	72	2 meses

**Cuadro 1.** Fechas de ingreso a la institución de los residentes de El Refugio. Elaboración propia con información obtenida de los expedientes y de entrevistas a la directora.

La mayoría de los residentes de El Refugio son personas que padecen alguna enfermedad crónica que les ha generado discapacidades físicas y/o mentales. Las principales enfermedades que padece la población de residentes de la institución son la demencia tipo Alzheimer y las secuelas de Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC); estas últimas implican principalmente parálisis en ciertas partes del cuerpo que impiden o dificultan la movilidad y el habla de la persona, y en algunos casos también cambios en la personalidad y pérdidas en la memoria [STANTON, 1990, pp. 199-223].

En total, once de los veintiún residentes padecen alguna de estas dos enfermedades: seis residentes padecen Alzheimer (5 mujeres y 1 varón), y cinco

<sup>19</sup> Edad al momento del estudio.

<sup>20</sup> Al momento del estudio.

residentes padecen secuelas por Accidente Vascular Cerebral (4 varones y una mujer)

De los residentes varones que no padecen Alzheimer o secuelas de AVC, hay dos que padecen de Diabetes Mellitus, uno que tiene mal de Parkinson y uno más que padece hidrocefalia y se encontraba recuperándose de varias cirugías debido a esta enfermedad. Solamente uno de los residentes está diagnosticado como “sano”, es también el residente de mayor edad en la institución (100 años).

De las residentes mujeres que no padecen Alzheimer o secuelas de AVC, hay una que tiene mal de Parkinson por lo que requiere también de mucha asistencia en su vida diaria; la residente que padece de esclerosis múltiple y la que padece una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se encuentran también en una situación de gran dependencia debido a su enfermedad. Las otras tres residentes mujeres padecen, una de retraso mental y gonartrosis (una enfermedad que genera rigidez y dolor en las articulaciones de las rodillas); otra de ellas tiene un tumor benigno en la base del cerebro que afecta su equilibrio y su memoria; y la tercera padece artritis e hipertensión arterial.

PRINCIPALES ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS A LOS RESIDENTES DE EL REFUGIO			
NOMBRE	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO MÉDICO
ALBERTO	H	88	Secuelas de AVC, pérdida del equilibrio
ISRAEL	H	79	HTA <sup>21</sup> , secuelas de embolia
JULIÁN	H	77	Secuelas de AVC
JACOBO	H	59	Secuelas de AVC. Parálisis del lado derecho
GUSTAVO	H	100	Sano
NESTOR	H	83	Hidrocefalia
PASTOR	H	86	Alzheimer, Diabetes Mellitus
ADOLFO	H	77	Diabetes Mellitus tipo II
NOÉ	H	69	Parkinson, Amputación MPI <sup>22</sup> por insuficiencia vascular
JACINTA	M	85	Alzheimer
LEONORA	M	91	Alzheimer
RAQUEL	M	82	Alzheimer
LUCÍA	M	72	Alzheimer
MARCELA	M	86	Alzheimer, Ex <sup>23</sup> Cadera izquierda
TOMASA †	M	82	Secuelas de 2 infartos cerebrales
ALFONSINA	M	85	Tumor benigno en la base del cerebro
TEODORA	M	55	Esclerosis múltiple
GRETA	M	54	Retraso mental, gonartrosis
ÁNGELA †	M	89	EPOC <sup>24</sup> , Demencia senil, hipertensión arterial
ELENA	M	72	Parkinson/HTA
ISOLDA	M	99	HTA, artritis

**Cuadro 2.** Principales enfermedades diagnosticadas a los residentes de El Refugio. Elaboración propia con información obtenida de los certificados médicos contenidos en los expedientes.

Debido al tipo de enfermedades que padecen, todos los residentes de El Refugio requieren de alguien que los asista en su vida diaria, con actividades tales como: trasladarse de un lugar a otro, higiene personal, limpieza del hogar y preparación de alimentos, suministro de medicamentos y seguimiento de tratamientos médicos, consumir los alimentos, y asistencia para utilizar el inodoro o para cambio de pañales.

De los veintiún residentes hay 18 que tienen algún tipo de incontinencia y solamente tres que no utilizan pañales y que pueden usar el sanitario sin mucha

<sup>21</sup> Hipertensión Arterial

<sup>22</sup> Miembro Pelviano Izquierdo (pierna izquierda)

<sup>23</sup> Fractura

<sup>24</sup> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ayuda (las cuidadoras los ayudan a trasladarse al sanitario y en algunas ocasiones también a asearse). El resto de los residentes o son totalmente incontinentes o tienen “accidentes” de manera frecuente, por lo que requieren de utilizar pañales y de que las cuidadoras los cambien durante el día.

La mayoría de los residentes (11) requieren ayuda de las cuidadoras para ingerir sus alimentos, es decir, requieren ser alimentados en la boca ya sea comida sólida o papillas en algunos de los casos. El resto de los residentes pueden comer sin mucha ayuda, salvo ocasional para partir alguno de sus alimentos o acercar los utensilios, por ejemplo.

Todos los residentes reciben asistencia para bañarse y cambiarse, la mayoría de ellos requieren que las cuidadoras los bañen; los más independientes (4 residentes) aún pueden bañarse pero son supervisados por las cuidadoras para prevenir accidentes en la ducha. Ninguno de los residentes puede cortarse por sí mismo las uñas de los pies y todos requieren ayuda para amarrar las agujetas de sus zapatos.

La mayoría de los residentes requieren de ayuda para acostarse y levantarse de la cama, así como para trasladarse de un lugar a otro; 13 de ellos requieren de una silla de ruedas para ser trasladados (ninguno puede mover la silla por sí mismo), 2 utilizan bastón y el resto puede caminar despacio y de preferencia apoyándose en algún barandal o tomando del brazo a alguna cuidadora.

Solamente 6 de los residentes pueden participar activamente en las actividades recreativas grupales, que consisten principalmente en realizar actividades manuales sencillas como iluminar o “puntear” ilustraciones con plumines de colores. Hay dos residentes que aunque se encuentran lúcidos han optado voluntariamente por no participar en las actividades grupales. Estos dos residentes permanecen durante el día apartados del resto, uno de ellos pasa la mayor parte del tiempo en su habitación leyendo revistas o viendo televisión, y la otra residente permanece la mayor parte del día sentada observando a los demás en una silla del salón de usos múltiples.

Debido a su deterioro psicofísico la mayoría de los residentes no puede sostener una conversación articulada y/o coherente, o en otros casos simplemente no pueden comunicarse de manera verbal debido a secuelas físicas o mentales de su enfermedad; 18 de los 21 residentes se encuentran en alguna de estas dos situaciones.

Estos datos nos plantean un panorama sobre la gran dependencia que tienen los residentes hacia el personal de la institución; me es posible afirmar que debido a sus condiciones físicas y/o mentales los residentes dependen de las cuidadoras para poder realizar su vida diaria, ya sea de manera total (es decir que ellas realicen las tareas de cuidado por los residentes, por ejemplo alimentarlos en la boca, bañarlos en la cama, cargarlos para que se trasladen de una superficie a otra), o de manera parcial en los casos en que los residentes pueden realizar parte de sus actividades diarias bajo supervisión de una cuidadora y con ayuda ocasional para realizar una determinada actividad (por ejemplo asistencia para partir la comida antes de ingerirla sin ayuda, apoyo para trasladarse caminando, asistencia para asear ciertas partes del cuerpo que ya no es posible alcanzar, supervisión en la ducha para prevenir caídas, etc.).

En términos de los tipos de ayuda que requieren las personas dependientes que han sido citadas en el Capítulo 2 del presente trabajo, estaríamos hablando de que la mayoría de los residentes (17 de ellos al momento del estudio) requieren de ayuda extrema<sup>25</sup> y el resto de ayuda severa<sup>26</sup> [MORAGAS, 2003, p. 236].

Para conocer cuáles son los medicamentos que toman los residentes recopilé la información de su hoja de “Cuidados Especiales” en donde aparecen los medicamentos y las dosis de los mismos que tienen que tomar en la mañana, tarde y noche. En síntesis respecto a este punto podemos señalar que la mayoría de los residentes de El Refugio consumen en primer lugar medicamentos para tratar enfermedades mentales o nerviosas, en segundo lugar medicamentos para

---

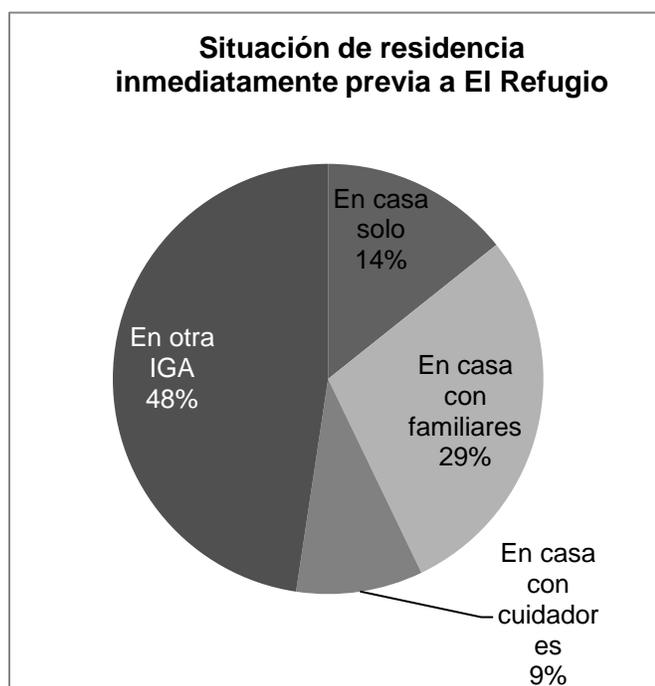
<sup>25</sup> Lo que implica que el adulto mayor necesita ayuda durante todo el día, incluida la noche, en higiene personal, comida, movilidad, así como en otras tareas domésticas.

<sup>26</sup> Es decir que requieren ayuda al menos tres veces al día para la higiene personal, comida, movimiento y además necesitan ayuda varias veces al día para otras tareas domésticas.

controlar la hipertensión y prevenir infartos, y en tercer lugar laxantes, antiácidos y digestivos.

Un dato importante para trazar el perfil de los residentes es que antes de vivir en El Refugio 10 de los 21 vivían en otra institución geriátrica de tipo asilar; esto nos indica que el internamiento había sido una alternativa para ellos y sus familias desde tiempo previo a su ingreso en esta IGA en particular. Las razones principales por las que los residentes cambiaron de institución son que la institución en la que vivían previamente fue cerrada por lo que tuvieron que buscar una nueva y que a ellos o a sus familiares no les agradó el servicio que les brindaron y decidieron buscar una nueva IGA.

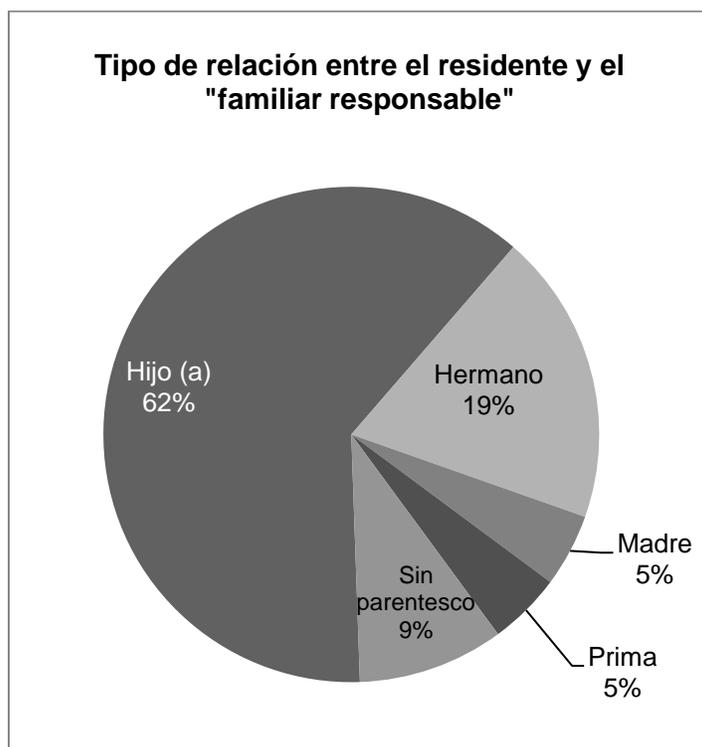
Los 11 residentes restantes vivían en casa antes de ingresar a El Refugio, tres de ellos vivían solos con asistencia formal esporádica (empleadas que realizaban la limpieza de la casa, principalmente), dos vivían con la compañía permanente de cuidadores formales (enfermeras y personal de aseo) y el resto con familiares.



**Gráfica 2.** Situación de residencia inmediatamente previa a El Refugio. Elaboración propia con información de los expedientes y de entrevistas con la directora y los familiares de los residentes.

Para ingresar en El Refugio, el adulto mayor necesita contar con la figura del “familiar responsable”, que es aquella persona que se hará cargo de pagar la cuota de servicio mensualmente y de estar pendiente en caso de que el residente sufra alguna emergencia médica. Generalmente sí hay alguna relación de parentesco entre el residente y quien se hace cargo de pagar su cuota, pero en algunos casos es una persona no emparentada con el residente quien se hace cargo, o una institución como por ejemplo la Beneficencia Española o el Arzobispado.

La mayoría de los familiares responsables son hijos de los residentes (13 de los 21 casos), y en cuatro de los casos son sus hermanos. En los cuatro casos restantes la figura del “familiar responsable” está cubierta por (1) una prima hermana de la residente, (2) la mamá del residente, (3) una cuidadora formal no emparentada con el residente que se encargaba de su cuidado antes de ingresarlo en la IGA, y (4) la institución “Beneficencia Española”.



**Gráfica 3.** Tipo de relación entre el residente y el “familiar responsable”. Elaboración propia con información de los expedientes y de entrevistas con la directora y los familiares de los residentes.

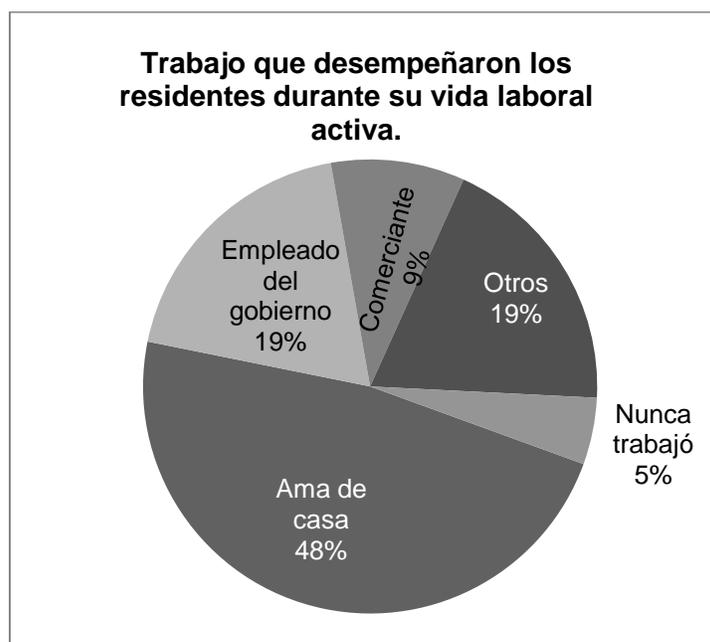
Al momento de la investigación, la cuota mensual que cobraba la institución por el servicio de residencia era de \$7,350.00 (aproximadamente \$668.00 USD). De los 21 residentes 15 pagaban este tipo de cuota, mientras el resto pagaba tarifas menores. Esta diferencia de precios se debe a una decisión de la directora, que me ha comentado que en ciertos casos hace descuentos debido a que los familiares le plantean que tienen problemas económicos y no les resulta posible reunir la cuota mensual completa. Por lo tanto 4 residentes pagaban una mensualidad de \$6,850.00, uno paga \$6,500.00 y otra paga \$7,000.00 mensuales, divididos en dos pagos quincenales de \$3,500.00.

En cuanto al origen de los recursos con los que se paga la cuota mensual de la IGA me encontré que en 4 casos se utiliza la pensión del residente para este fin y 3 reciben financiamiento de alguna institución (La Beneficencia Española en dos de los casos y el Arzobispado en el otro). Uno de los residentes es financiado por una tutora civil voluntaria (amiga de la familia) y el resto (13) son financiados por sus familiares, la mayoría de los cuales son sus hijos (11 casos) y el resto por sus hermanos.



**Gráfica 4.** Tipo de financiamiento utilizado para pagar la cuota de El Refugio. Elaboración propia con información de los expedientes y de entrevistas con la directora y los familiares de los residentes.

En cuanto al tipo de ocupación que tuvieron los residentes durante su vida activa, la mayoría de las mujeres eran amas de casa, a excepción de una que trabajaba como secretaria en una empresa y de la residente con retraso mental que no trabajó debido al trato de menor de edad que se le dio por su enfermedad. En cuanto a los varones, 4 de los 9 trabajaban como empleados del gobierno; dos eran comerciantes y los tres restantes eran uno militar, otro sacerdote y uno más campesino.



**Gráfica 5.** Trabajo que desempeñaron los residentes durante su vida laboral activa. Elaboración propia con información de los expedientes y de entrevistas con la directora y los familiares de los residentes.

En síntesis nos encontramos hasta este punto con que la característica principal que comparten los residentes de El Refugio son los niveles altos de dependencia asociada con su estado psicofísico de salud, independientemente de encontrarse en distintos momentos del proceso de envejecimiento (o incluso sin haber llegado a la edad que oficialmente se considera como inicio de la tercera edad). Las dos principales enfermedades que padecen los residentes son la demencia tipo Alzheimer y las secuelas por AVC, éstos últimos se encuentran entre una de las principales causas de mortalidad entre las personas mayores de

65 años en México y han sido identificadas entre las principales causas de discapacidad entre la población de dicho grupo de edad.

Otra característica importante que comparten los residentes es que la mayoría proviene de una experiencia previa de institucionalización, lo cual nos podría sugerir que una vez ingresado en este sistema es más probable que el adulto mayor continúe internado a que regrese a vivir en su hogar. Así mismo, la mayoría de los residentes fueron ingresados a la institución por sus hijos(as) y hermanos, quienes proveen principalmente asistencia material al financiar sus cuidados y proveerles de algunos objetos necesarios para su comodidad y subsistencia.

#### **4.2.- Rutina diaria de la IGA.**

Para los residentes de El Refugio el día empieza aproximadamente a las 7:30 de la mañana, cuando comienzan a levantarlos de la cama. Las cuidadoras del turno de la mañana ayudan a todos los residentes a levantarse de la cama y a asearse antes de bajar a desayunar al salón de usos múltiples, dedicando mayor tiempo a los residentes más dependientes (12 de los 21 están en dicha situación) y comenzando por los que requieren de menos asistencia. Este aseo matutino generalmente no incluye el baño del residente, ya que por disponibilidad de tiempo las cuidadoras los bañan principalmente por la tarde y no los bañan todos los días. El aseo de la mañana incluye por lo tanto lavar su cara, sus dientes y sus manos, peinarlos, cambiarlos y ponerles ropa limpia y zapatos.

Los residentes que pueden bañarse solos reciben supervisión por parte del personal para vigilar que no sufran algún accidente en la regadera, o reciben ayuda para tallar alguna parte de su cuerpo que no pueden alcanzar bien por problemas de flexibilidad o pérdida de equilibrio, por ejemplo sus pies o su espalda. Los residentes que no pueden bañarse solos reciben ayuda del personal para hacerlo, ya sea en regadera, en tina o en cama. Todos los residentes reciben ayuda para cortar las uñas de sus pies y manos, así como para afeitarse en el caso de los varones. Estas tareas de higiene personal se realizan a lo largo del día

y en diferentes días al total de los residentes, conforme van necesitando de estos acicalamientos y conforme está disponible el personal.

El bañar a los residentes es una de las tareas más pesadas que realizan las cuidadoras y que les absorbe más tiempo, por lo que se van probando diferentes formas de repartir este trabajo de manera equitativa entre todas las que trabajan en El Refugio. Para ello se elaboran horarios rotativos sobre qué residentes tienen que bañarse en el día y en qué turno, estos horarios cambian constantemente no solo porque siguen sin cubrir los requerimientos del personal en cuanto a una repartición equitativa de la tarea sino porque las condiciones psicofísicas de salud de algunos residentes también fueron cambiando, volviéndolos más dependientes y por lo tanto se volvía más difícil bañarlos. Tales fueron los casos de Néstor y de Adolfo que en unos meses fueron perdiendo cada vez más movilidad y lucidez, pasando del grupo de residentes con mayor movilidad al de mayor dependencia, que cada vez se va volviendo mayor.

Por la mañana, las cuidadoras primero comienzan a bajar a los residentes que pueden asearse más rápido, aquellos que necesitan de menos asistencia como Isolda, Alberto, Israel, Gustavo, Raquel, Lucía, Alfonsina y Greta, que pueden aún mover sus brazos o piernas sentados en la cama para así colaborar con la cuidadora mientras los viste. Una vez abajo los van acomodando en la mesa, y se van quedando cada uno en su asiento en silencio mientras esperan a que baje el resto.

Una vez que están todos en la mesa el personal de la cocina comienza a servir los platos con el desayuno y con ayuda de las cuidadoras los van llevando a la mesa. Los residentes que pueden comer sin ayuda van consumiendo sus alimentos, mientras que las tres cuidadoras de este turno van asistiendo a los residentes que lo necesitan. De los 21 residentes hay once que pueden comer sin requerir ayuda por parte del personal y cuatro que necesitan ayuda ocasional o mínima para consumir sus alimentos. Seis de los residentes dependen totalmente del personal para comer y deben ser alimentados en la boca, dos de ellos con una dieta blanda de papilla que es suministrada en la boca con cuchara o con una especie de jeringuilla, y con popotes para sorber los líquidos. Generalmente el

personal alimenta primero a estos seis residentes que son altamente dependientes, no solo en el desayuno sino también durante el resto de las comidas del día.

El proceso de aseo matutino dura en promedio 2hrs. por lo que el desayuno se sirve aproximadamente a las 9:30 de la mañana y termina alrededor de las 10:30. Al finalizar de comer los residentes permanecen en su lugar y el personal les retira sus trastes de comida, que consisten en charolas rectangulares de plástico con divisiones para los diferentes tipos de alimentos, un vaso también de plástico (para algunos de los residentes con un popote) y cubiertos.

El tipo de comida que consumen los residentes es descrito por el personal de cocina y por la directora como “normal”, refiriéndose a que no es una dieta especial en cuanto a los ingredientes y el tipo de preparación de los alimentos. Como se puede ver en el ejemplo de menú que cito a continuación, los residentes comen en un mismo día diferentes tipos de carne, o de cereales y en todas las comidas hay algún postre.

<b>MENU SEMANAL PARA LOS RESIDENTES DE EL REFUGIO</b>			
<b>DÍA</b>	<b>DESAYUNO</b>	<b>COMIDA</b>	<b>CENA</b>
LUN	Avena espesa /1 hot cake/ Gelatina	Pescado empanizado / Sopa fría/ Sopa de verdura Gelatina	Chilaquiles con frijoles Café
MAR	Enmoladas /Café / Gelatina	Picadillo con verduras Arroz /Cereal con yogurt	Cereal /Gelatina /Pan tostado / Café
MIE	Hot dogs /Café/ Fruta	Camarones lampreados / Sopa de pasta /Ensalada de brócoli /Arroz con leche	Ensalada de calabacitas / Café
JUE	Huevo con chorizo/Café/ Fruta	Sardinas /Guacamole/ Arroz Ensalada de repollo/ Natilla	Ensalada de chayote con queso / Café
VIE	Enchiladas /Café Fruta	Albóndigas / Papas cocidas Sopa de pasta / Gelatina	Sopa aguada con frijoles enteros/ Café
SAB	Cereal 1 hot cake Fruta	Tortitas de papa Ensalada o sopa de verdura Arroz / 1 hot cake	Hot cakes Atole
DOM	Tamales Atole	Salchichas rellenas Arroz con chayote Ensalada Gelatina con yogurt	Sopa de verduras Café

**Cuadro 3.** Ejemplo de un menú semanal. Elaboración propia con información obtenida de los menús de la cocina de El Refugio.

En general todas las semanas incluyen hot dogs, hot cakes, tamales y atole en alguna de las comidas, y algunos fines de semana hay alimentos de fiesta como por ejemplo pozole o menudo.

Después del desayuno se administran los medicamentos que corresponden a los tratamientos médicos de los residentes, la persona responsable del turno es quien se encarga de revisar cuáles son los medicamentos que debe consumir cada residente. Dicho control se lleva a partir de las “hojas de cuidados especiales” de cada uno de los residentes, las cuales se encuentran en un fólder en el módulo de personal, y contienen recomendaciones generales para atender a cada uno de ellos y un cuadro con los medicamentos y las dosis de los mismos que ingiere a lo largo del día. Algunos medicamentos están almacenados en pastilleros semanales con el nombre de cada residente, y otros están dentro de sus empaques en bolsas plásticas también etiquetados con el nombre del residente al que corresponden.

Entre las 11:00 y las 13:30 horas los residentes realizan las actividades organizadas por las coordinadoras de actividades, identificadas como actividades de terapia física, actividades ocupacionales y recreativas. Como mencionaba previamente, las actividades ocupacionales consisten principalmente en realizar actividades manuales sencillas como por ejemplo iluminar dibujos con crayones o plumines, pegar cuentas de chaquira en figuras de unicel o bolitas de papel de colores en una cartulina para rellenar un patrón y formar alguna figura, por ejemplo un payaso o un pescado.

Por su estado psicofísico de salud no todos los residentes pueden realizar estas actividades, independientemente de lo cual, algunos de ellos son acomodados por las cuidadoras en un lugar de la mesa y permanecen allí sentados durante la misma jornada que los residentes que sí pueden realizar las actividades. Quienes participan activamente haciendo manualidades durante este horario son principalmente Israel, Julián, Jacobo, Gustavo, Raquel y Greta; ellos son quienes por el momento se encontraban en facultades de realizar dicho tipo de manualidades.

Algunos de los objetos resultantes de las clases de manualidades son exhibidos en la institución, como por ejemplo unos portarretratos adornados con chaquiras, algunos de los cuadros que han pintado los residentes o unos payasos hechos en peyón. Los dibujos que iluminan con crayones o plumones en hojas tamaño carta, o determinados objetos (como cajitas con motivos del día de San Valentín) se le obsequian a sus familiares, o se desechan después de un tiempo.

Las actividades de terapia física se realizan en el salón de usos múltiples, en la parte sin mobiliario que se encuentra frente a la capilla. Allí se colocan las sillas de los residentes en hileras, donde se sientan los residentes viendo hacia la puerta de entrada. Frente al grupo se coloca alguna de las coordinadoras de actividades o alguna de las cuidadoras quien dirige una rutina de movimientos principalmente de los brazos; al igual que en el caso de las actividades ocupacionales son pocos los residentes que pueden realizar los movimientos pero de cualquier manera se coloca a todos sentados como parte de la actividad. Más adelante se ejemplificará de manera más detallada como se desarrolla una sesión de terapia física.

Las actividades recreativas consisten en celebraciones con diferentes motivos, principalmente celebraciones de cumpleaños, celebraciones de días conmemorativos de acuerdo al calendario (por ejemplo el día del amor y la amistad, el día de la madre y el del padre, el día del abuelo, etc.) y festividades religiosas. Estas celebraciones se realizan también durante la mañana en el mismo horario entre las 11 y las 13:30 hrs., aunque principalmente se realizan durante la tarde, aproximadamente entre las 16 y las 18:30 hrs.

Después de las actividades ocupacionales, físicas o recreativas que se desarrollan por la mañana, viene el momento de la comida. Como señalé en relación al desayuno, las cuidadoras alimentan primero a los residentes totalmente dependientes y después asisten en la mesa a los que requieren solo ayuda parcial para consumir sus alimentos. Durante esta comida las cuidadoras del turno de la mañana son ayudadas por las cuidadoras del turno de la tarde que van llegando a trabajar y que comienzan a realizar sus labores.

Después de la comida y antes de retirarse, la cuidadora responsable del turno de la mañana le entrega los expedientes de los residentes a la cuidadora responsable del turno de la tarde y brevemente revisan las anotaciones relevantes que hay en cada expediente en lo relativo al estado de salud y al estado de ánimo del residente, por ejemplo si alguno se ha sentido mal del estómago, si alguno tiene un dolor intenso o molestia en el cuerpo, si alguno ha estado triste o enojado, etc., para que así se le de seguimiento al problema en el turno que sigue. El informe de cada expediente es breve y lo elaboran en conjunto las cuidadoras del turno, un poco antes de la hora de la comida (en el caso del turno de la mañana) y una vez que los residentes están en su habitación para dormir (en el caso del turno de la tarde).

Al terminar la comida los residentes son llevados a la sala de TV o a los dormitorios, con la finalidad de desocupar el salón de usos múltiples y permitir que el personal de limpieza lo deje aseado. En la sala de TV se enciende la televisión para que los residentes se entretengan con algún programa mientras comienzan las actividades grupales de la tarde, aunque la mayoría se quedan dormidos y los que están despiertos no pueden ver mucho pues el aparato tiene muy mala recepción y prácticamente no recibe imágenes. Como la sala de TV es muy pequeña los residentes se encuentran muy cerca unos de otros, en los sillones y en sus sillas de ruedas; algunos son colocados de inicio en un lugar detrás de otros residentes en donde no verán la televisión. Los residentes que son llevados a los dormitorios reciben los servicios de higiene por parte del personal de la tarde, que les cambia el pañal, los baña, les corta las uñas y les realiza alguna curación en caso de ser necesaria.

Una vez que está limpio el salón de usos múltiples las cuidadoras llevan nuevamente a los residentes a la mesa rectangular para una nueva sesión de actividades ocupacionales o recreativas (las actividades de “terapia física” se llevan a cabo únicamente por la mañana). Durante unas semanas del periodo que duró mi trabajo de campo las actividades de la tarde estuvieron a cargo únicamente de la psicóloga, después estuvieron a cargo de ella y de la otra coordinadora de actividades, y por último las cuidadoras del turno de la tarde

pidieron a la directora que las coordinadoras de actividades ya no se presentaran en este turno puesto que les causaba molestia su presencia porque les incomodaba que las estuvieran “supervisando”, además de tener diferencias a nivel personal y no simpatizar entre ellas.

Cuando las coordinadoras se encargaban de las actividades de la tarde realizaban principalmente manualidades, ya sea dándole continuidad a los ejercicios de la mañana (como por ejemplo que los residentes terminaran de iluminar) o haciendo alguna diferente.

Una vez que dejaron de ir las coordinadoras, las actividades a cargo de las cuidadoras se encontraban aun en un momento de prueba y pocas llegaban a concretarse, pues se habían propuesto realizar actividades que incluyeran a todos los residentes y que no fueran manualidades; lo cual hasta el momento de mi partida no había sido posible pues hay residentes que simplemente no pueden participar en ellas, por lo que las cuidadoras lo resolvían realizando círculos de oración o llevando la televisión al salón de usos múltiples y acomodando a los residentes para que la vieran juntos.

Me parece que la idea de realizar actividades incluyentes para los residentes y diferentes a las manualidades se basaba principalmente en el pleito de las cuidadoras con las coordinadoras de actividades, y como iniciativa no se encontraba sustentada en procedimientos técnicos ni aplicables a la población de El Refugio. La directora permitió que así se procediera pues no quería perder a su personal de la tarde ni tener conflictos con su personal de confianza.

Debido a lo anterior, durante las últimas semanas de mi estancia en la institución, las tardes transcurrían sin que hubiera una actividad organizada para los residentes, en varias ocasiones simplemente permanecían en la sala de TV hasta que llegara la hora de la cena, o sentados en la mesa sin la supervisión fija de alguien del personal.

La cena en El Refugio se sirve aproximadamente a las 18 hrs., para ello se sigue un procedimiento similar al del desayuno y la comida: las cuidadoras alimentan primero a los residentes más dependientes y después se sirve la

comida en la mesa a los residentes que requieren asistencia parcial para comer y los que pueden comer solos.

Una vez que los residentes terminan de cenar las cuidadoras levantan los trastes de la mesa y después dos de ellas comienzan a llevar a los residentes que pueden caminar con ayuda de un bastón o apoyándose en una cuidadora al área que está frente a las escaleras y el elevador y los asisten para subirlos a los dormitorios. La tercera cuidadora comienza a acercarse a los residentes en silla de ruedas a esta misma área de la casa para posteriormente irlos subiendo por el elevador al área de dormitorios. Los residentes son acomodados en su respectivo dormitorio y las tres cuidadoras van cambiando a cada uno de los residentes y asistiéndolo para que vaya al baño y para que se asee antes de dormir, empezando siempre por los más dependientes, algunos de los cuales tienen que ser atendidos incluso entre dos cuidadoras debido a su falta de movilidad. Este procedimiento de acicalamiento antes de dormir le lleva en promedio poco más de una hora de trabajo a las cuidadoras. Para cuando termina el turno de la tarde, los residentes se encuentran cada uno en su cama, con la pijama puesta y con la cara, manos y dientes aseados.

En relación a este punto me parece importante señalar que en ocasiones, mientras las cuidadoras cambian a los residentes para dormir, encuentran objetos escondidos en la ropa de algunos de ellos (por ejemplo cucharas, trozos de hojas de papel, servilletas, trozos de tortilla, crayones) y entonces los decomisan o los tiran a la basura; como identifica Goffman en sus estudios sobre la vida en el interior de la institución total, algunos internos esconden objetos diversos que tienen como finalidad principal el tener alguna posesión propia y con ello algo de autonomía, al decomisar dicha posesión el personal retoma el control sobre el interno manteniéndolo con un sentimiento de “desposeimiento” [2004, p. 32]. En El Refugio este desposeimiento de los residentes está justificado por la institución como una medida de higiene y de seguridad: está prohibido que los residentes guarden cosas en sus habitaciones para evitar que se desarrollen plagas nocivas y también para evitar hurtos que vuelvan frágil la estabilidad y la armonía de la comunidad.

Los cuidadores del turno de la noche pasan periódicamente a los dormitorios para supervisar que no se haya presentado alguna situación de emergencia durante el sueño de los residentes y esta es su principal función; también asisten a quienes necesitan ir al baño durante la noche y supervisan que todos permanezcan en su dormitorio, especialmente en el caso de tres residentes con alzhéimer que prácticamente no duermen por la noche y se levantan constantemente. Las supervisiones nocturnas también mantienen la falta de privacidad entre los residentes, manteniéndolos siempre a la vista del personal.

Los familiares pueden llegar cuando lo deseen a ver lo que el residente está haciendo, lo que está comiendo, revisar que está limpio, que ha tomado sus medicamentos, que lo mantienen ocupado, pueden llegar a escuchar misa, pueden ir varias veces al día si lo desean y pueden permanecer en la visita todo el tiempo que gusten. También pueden llamar por teléfono para preguntar cómo está el residente, tienen la opción de llamar a la estancia o la de llamar al celular de la directora las 24hrs. del día. En realidad son pocos los familiares que realizan este tipo de supervisión, pues pasado un tiempo del internamiento ya no saben ni siquiera cuáles son los medicamentos que consume el residente y todo lo relacionado con su cuidado está ahora en manos de la institución.

En general las visitas son breves (de entre 5 y 60 minutos) y se desarrollan en espacios alternos al salón de usos múltiples, principalmente en el columpio de la entrada y la sala de t.v. Muchos otros visitantes prefieren llevarse al residente a otro lugar, por ejemplo la casa familiar.

Cuando los familiares de los residentes van a pagar la cuota pasan al cuarto de personal para platicar con la directora, para entregarle el dinero y preguntarle acerca del estado de salud del residente; algunas de las visitas se desarrollan principalmente aquí, es decir, algunos familiares van a visitas rápidas en las cuales saludan al residente y después pasan al módulo de personal a platicar brevemente con la directora sobre cómo ha estado el residente en general, si hay alguna “novedad” o “algo que se ofrezca”.

Los familiares no siempre pagan completas las cuotas mensuales, van “abonando” adelantos en diferentes ocasiones durante el mes. También hay

ocasiones en las que deben dinero extra al de la cuota debido a que al residente le faltó algún medicamento y la directora tuvo que comprárselo, o debido al uso de pañales de los que se venden en la institución.

Los familiares tienen que llevar los medicamentos y los pañales del residente, así como su ropa; en la institución se les proporciona ropa de cama y artículos de tocador (shampoo, desodorante, pasta dental, etc.) Algunos familiares llevan este tipo de artículos del residente porque prefieren que utilice el producto de una marca determinada o con características específicas; cuando esto sucede las cuidadoras etiquetan las pertenencias del residente escribiéndole su nombre con un plumón de tinta permanente.

Como se ha señalado, la mayoría de los residentes tienen que utilizar pañales, los familiares tienen que llevarle los paquetes que ocupará durante el mes; si no pueden hacer esto por cuestiones de tiempo tienen la opción de pagarle a la directora \$40.00 por cada paquete de 10 pañales. La estancia se surte de pañales al mayoreo, los traen durante diferentes días de la semana en pacas que incluyen paquetes de 10 pañales cada uno, en talla mediana o grande.

Algunos familiares llevan objetos de confort para los residentes, como por ejemplo almohadas o cojines para que el residente las utilice en su cama; llevan también golosinas (galletas, caramelos, dulces de frutas), complementos alimenticios, o medicinas naturistas. En ocasiones algunos llevan alimentos como obsequio para todos los residentes de la institución, como por ejemplo una caja de botellas de yogurt para beber, una caja de galletas, una bolsa de pan, o dulces. Como los residentes no pueden tener en su posesión dinero, algunos familiares le dejan a Sagrario \$100.00 ó \$200.00 pesos extra para que si el residente tiene antojo de alguna golosina ella se la compre con ese dinero.

También está permitido que los familiares se lleven al residente de paseo durante varios días, para dicho viaje la directora les entrega una copia de la hoja de cuidados especiales del expediente del residente y les hace las recomendaciones necesarias en lo relativo a su rutina de cuidado y sus tratamientos médicos.

### **4.3.- Desarrollo de algunas actividades diarias.**

A continuación presento tres narraciones que ejemplifican cómo transcurre un día típico en El Refugio, en torno a algunas actividades principales: la terapia ocupacional, la comida, la terapia física y una celebración de cumpleaños (representativa de cómo se desarrollan otro tipo de celebraciones).

#### a) La terapia ocupacional y la comida.

Sobre la mesa rectangular se encuentran solamente algunas hojas y crayones de colores: los materiales necesarios para realizar la actividad manual que consiste en iluminar unas figuras que representan un ramo de flores. Israel, Julián, Greta, Jacobo, Gustavo, Adolfo, Raquel, Alfonsina y Ángela son quienes tiene frente así este material para que iluminen. El resto de los residentes no tienen material, se encuentran en su silla, algunos duermen y otros permanecen despiertos en silencio.

Tomasa, que es una de las residentes que no ilumina, está mirando a su alrededor mientras muerde las mangas de su suéter y emite un gemido con cada mordida, sus dientes y sus labios están muy lastimados pues constantemente muerde su ropa hasta volverla hilachos. Adolfo que está sentado junto a ella deja un momento su crayón sobre la mesa y levanta lentamente su mano para tomar la de Tomasa e intentar evitar que siga mordiéndose la ropa, ella retira rápidamente su mano y continúa mordiéndolo, ahora más rápido, Adolfo lo intenta en un par de ocasiones más, ella jala su brazo y gruñe molesta, él se cansa y vuelve a tomar su crayón para seguir iluminando; todo este forcejeo ha sucedido en silencio y sin que ambos se miren entre sí.

Lucía da vueltas alrededor de la mesa mientras canta las mañanitas, repite siempre el mismo trayecto: alrededor de la mesa hasta la puerta de entrada y de regreso, nuevamente alrededor de la mesa, todo el tiempo se mantiene cantando las mañanitas, en algunos momentos cambia la letra de la canción por la narración de algo que esté pasando en el salón, por ejemplo: “la señora ya se va” cuando una visitante sale por la puerta principal acompañada de una cuidadora.

Greta está tarareando la canción que suena en el radio (un bolero) y moviendo ligeramente la cabeza al ritmo de la música, mientras que con una crayola ilumina algunas flores de color rojo; en un momento levanta la vista y le pregunta a las dos cuidadoras en turno si creen en los fantasmas, ambas le responden que no a lo que ella les dice que sí cree en fantasmas porque un día se le apareció uno y le dijo “Greta, te ando buscando”, las cuidadoras se ríen y ella continúa iluminando.

Israel ilumina su dibujo en silencio, sin voltear a ver nada ni a nadie a su alrededor, mantiene la mirada fija en el crayón sobre la hoja blanca y va rellenando con lentitud. Julián está en su silla de ruedas, realiza un gran esfuerzo para poder sostener la crayola, después de algunos minutos de estar iluminando se va quedando dormido y cuando Violeta (una de las coordinadoras) se da cuenta lo llama “Juliancito no te duermas” él sigue dormido, ella lo deja dormir.

Raquel ilumina el dibujo fuera de los contornos convirtiéndolo en una serie de manchas de colores, sonrío y canta algunos coros de la canción que suena en el radio. Anita está en su silla de ruedas, mirando al resto de los residentes, después de un rato comienza a quedarse dormida. Lluvia (la otra coordinadora) se para junto a Jacobo y mientras está viendo cómo ilumina él voltea y comienza a frotarle la espalda, ella se aleja rápidamente y le reclama: “no me sobe don Jacobo”, él se ríe, ella se aparta de la mesa.

Mientras los residentes iluminan o duermen en la mesa, las coordinadoras de actividades caminan a su alrededor, durante algunos lapsos de tiempo se ponen a platicar entre ellas o con alguna de las cuidadoras, ocasionalmente se dirigen a los residentes para decirles que sigan iluminando, que despierten, sugerirles que utilicen otros colores para variar su dibujo, etc. Se dirigen a todos ellos por algún diminutivo derivado de su nombre y únicamente a las residentes mujeres les laman también “abuelita” o “chula”.

Conforme se acerca la 1:30 pm las coordinadoras comienzan a recoger los crayones de la mesa y los dibujos de los residentes, Greta pide que no se lo lleven todavía pues no ha terminado, “no te preocupes, mañana le sigues” le responde una de las maestras y continúan levantando los materiales de la mesa.

El olor a comida invade toda la planta baja: bistec en salsa de jitomate, arroz, tortillas calientes. Las cuidadoras traen un mantel y unos baberos de plástico; extienden el mantel en la mesa y con ayuda de las coordinadoras de actividades van colocándole un babero a cada residente, con excepción de Alberto, uno de los residentes más lucidos que no participa en las actividades grupales y que recibe un trato diferencial por parte del personal. Él come en una mesa aparte, de frente a la mesa rectangular, solo.

Las coordinadoras de actividades traen una tina de plástico con agua que ponen sobre la mesa y van acercándosela a los residentes para que remojen sus manos y así se las lavan antes de comer, sin jabón; después ayudan al personal de la cocina a traer los platos y van colocándolos enfrente de cada uno.

Las cuidadoras comienzan a asistir a aquellos que lo necesitan, por ejemplo la cuidadora Jazmín se para junto a Alfonsina y comienza a partir su carne, le va dando las cucharadas en la boca y le da instrucciones como “ten, agarra tu tortilla” o “abre la boca abuelita”. Laura le da de comer a don Noé también con una cuchara en la boca, Israel, Greta, Gustavo, Isolda, Raquel, Jacobo y Julián comen solos a su propio ritmo. A esa hora llegan las tres cuidadoras del turno de la tarde y también comienzan a ayudar a las otras a alimentar a los residentes que lo necesitan, como Ángela, Tomasa y Pastor. Lucía se levanta constantemente de la mesa y camina por el salón, Laura la alcanza y se para frente a ella: “¿Qué voy a hacer contigo, niña?” le pregunta y la toma del brazo para regresarla a su asiento, pero Lucía vuelve a levantarse después de unos minutos.

Mientras le dan de comer a los residentes, las cuidadoras platican entre sí sobre asuntos personales o laborales, este es el momento en que todas pueden reunirse en el mismo lugar.

Al mismo tiempo que las cuidadoras alimentan a los residentes en el salón de usos múltiples, la directora lleva un plato con comida a la sala de TV y se sienta junto a Néstor que está en un sillón reclinable medio dormido, lo despierta y comienza a darle de comer en la boca. En ese momento llegan dos señores que son sus amigos a visitarlo, él no recuerda quiénes son pero los saluda muy amablemente y sigue comiendo mientras los dos visitantes conversan, en cierto

momento uno de ellos le pregunta al otro: “¿Conociste a Néstor antes? Tenía un carácter muy fuerte, era bárbaro”. Néstor acepta solamente unos cuantos bocados y después cada que la directora acerca la cuchara él voltea la cara para otro lado y le indica con la mano que ya no quiere más, ella finalmente se retira con el plato y lo deja en la sala con los dos visitantes. Mientras ellos hablan entre sí Néstor balbucea algunas palabras y sostiene una de sus pantuflas en las manos, la examina por todos lados con interés. Los visitantes siguen platicando entre ellos y mirándolo de lejos durante algunos minutos más hasta que finalmente se despiden dándole algunas suaves palmadas en los hombros y se retiran.

#### b) La terapia física grupal

Las terapias físicas grupales se llevan a cabo en el salón de usos múltiples, en la parte frente a la capilla donde no hay mesas; en una de las paredes hay un letrero que dice “nunca se es muy viejo para hacer ejercicio, pero quizá se es viejo por no hacerlo”, y que colocaron allí las dos coordinadoras de actividades. Los residentes realizan los ejercicios sentados en sillas (convencionales o de ruedas) acomodados en 4 filas de 2 o 3 residentes cada una; la actividad comienza aproximadamente a las 12:30 pm.

La rutina de ejercicios inicia con 10 residentes (Gustavo, Leonora, Israel, Greta, Raquel, Alfonsina, Adolfo, Noé, Elena y Marcela). La Coordinadora Violeta se coloca enfrente del grupo, la Coordinadora Lluvia les dice a los residentes que hoy van a tener que contar por ella porque está enferma y no puede gritar. Lucía, una de las residentes enfermas de alzhéimer, está en el salón caminando en círculos alrededor de la mesa, entra y sale de la casa, camina un poco en la cochera y regresa; va cantando las mañanitas y cuando la maestra cuenta las repeticiones de los ejercicios ella también cuenta en voz alta sin dejar de caminar, se mantiene haciendo esto durante todo el tiempo que dura la rutina.

Violeta comienza la rutina de ejercicios mientras les explica a los residentes qué paso de la rutina es y para qué sirve cada paso. Comienzan con lo que denomina como “calentamiento” y que consiste en realizar movimientos con el cuello y la cabeza, moviéndolos hacia arriba y hacia los lados, hacen 16

repeticiones de cada movimiento mientras la coordinadora cuenta del 1 al 8 y después del 8 al 1. Poco después de que ha comenzado este ejercicio, la Directora trae a Julián que estaba haciendo ejercicios en la sala de rehabilitación con ella. Le acercan una silla y se incorpora a la actividad con entusiasmo, las coordinadoras lo motivan diciéndole “muy bien don Julián”.

El calentamiento continúa con movimientos de brazos y hombros (subir y bajar los brazos hacia el frente, girar las muñecas, 16 repeticiones de cada uno) Mientras comienza este bloque de ejercicios la directora trae a Jacobo, que estaba con ella en la sala de rehabilitación. La directora se ve cansada, viene sosteniendo a Jacobo por la cintura y él se sostiene con un brazo alrededor del cuello de ella; la directora lo deja en la silla, se aleja y se sienta en una silla vacía junto a Raquel. Jacobo le pregunta si no va a hacer ejercicio con ellos, la directora le contesta “ya hice ejercicio, ya te cargué desde allá”.

El calentamiento sigue con ejercicios para el “tronco” y el abdomen, como explica Violeta, que consisten en flexionar el cuerpo hacia delante y sostener el movimiento (16 repeticiones). Posteriormente les pone un ejercicio que consiste en flexionar la pierna hacia el frente y hacia arriba. Gustavo, Greta e Israel son quienes tienen más movilidad y coordinación para realizar los ejercicios.

Terminando este bloque, Lluvia le entrega a cada uno de los residentes una pequeña mancuerna de aproximadamente 200 gramos; a algunos en vez de mancuernas les entregan un envase vacío de yogurt para beber, que está relleno con peso equivalente al de las mancuernas y que está sellado en la tapa con cinta. Marcela y Adolfo tratan de abrir el envase como si se tratara de un yogurt para beber; Violeta les dice en varias ocasiones que no es para comer sino para hacer ejercicio, Marcela le dice a todo que sí pero después de unos minutos sigue intentando abrirlo para beberlo, sin lograrlo porque tiene bastante cinta.

Con esas mancuernas los residentes deben realizar movimientos con los brazos conforme se los indica Violeta: subir y bajar hacia el frente, hacia los lados, detrás de la espalda, hacia el pecho. Son pocos los que pueden terminar las 16 repeticiones, algunos otros no logran coordinar el movimiento de ambos brazos o tienen un movimiento limitado. Mientras hacen los ejercicios las coordinadoras les

dan instrucciones específicas a algunos residentes y les dicen que deben sentir el esfuerzo en determinada parte del cuerpo. Greta y Jacobo son quienes hablan durante el ejercicio interactuando con las coordinadoras con bromas ocasionales, mientras el resto permanece en silencio.

Jacobo dice que él no siente el esfuerzo en ningún lado, Lluvia le dice que debe sentirlo en el “conejo” del brazo, él dice que no siente nada, que no pesan nada las mancuernas. Violeta bromea con Lluvia en voz alta diciéndole que para la próxima le lleven a don Jacobo una pesa más grande porque él es muy fuerte, a lo que él responde que no es muy fuerte: “La directora es muy fuerte”, concluye.

Lluvia se coloca detrás de Raquel para ayudarla a hacer el ejercicio, a Raquel le da mucha risa y va haciendo las repeticiones pero no deja de reír, a Lluvia también empieza a darle risa y terminan riéndose mucho las dos mientras hacen algunas repeticiones más del ejercicio.

Después de estos ejercicios Lluvia recoge las mancuernas y Violeta les indica a los residentes que hagan más ejercicios para los brazos cruzando las palmas de las manos al frente del cuerpo y ejerciendo presión sobre las palmas, haciendo fuerza. Mientras realizan estos ejercicios Greta exclama en voz alta “voy al baño” y se levanta dirigiéndose hacia la rampa, Julián la mira mientras niega un poco con la cabeza, como indicándole que no haga eso; Jacobo llama a la directora, como “acusando” a Greta para que la regañe por levantarse de su asiento durante la actividad; tanto las coordinadoras como la directora lo ignoran, al igual que Greta quien se va al baño caminando trabajosa y lentamente sosteniéndose de las paredes y de los barandales en el camino.

Violeta indica que ahora van a realizar ejercicios para el abdomen que consisten en “abrazar” el propio cuerpo, inclinarse hacia el frente y ejercer fuerza en el abdomen reteniendo la respiración. Las dos Coordinadoras declaran que Jacobo está “haciendo trampa” porque suelta el aire antes de tiempo, Lluvia le indica repetir el ejercicio, Violeta deja de hablar ante el grupo y detiene la actividad mientras que Lluvia sostiene a Jacobo por la espalda para que se incline y van contando los tiempos para que haga el ejercicio completo; esta escena divierte a Julián y a Raquel que se ríen, Jacobo se queja un poco y ya no sonrío.

Al terminar esto Violeta retoma la actividad y les indica a los residentes que levanten su pierna manteniéndola estirada lo más alto que puedan; Lluvia se acerca entonces a Israel y le dice “le voy a hacer una recomendación, levante la pierna poniendo fuerza en el muslo, aquí” y toca con su dedo rápidamente el muslo de Israel. Se queda de pie junto a él esperando a que realice nuevamente el ejercicio y le pregunta si necesita más espacio al frente, entonces recorre la silla en que está sentado Gustavo y vuelve a supervisar cómo hace el ejercicio Israel, que la mira con nerviosismo buscando su aprobación, cuando a Lluvia le parece que ya está haciéndolo bien le dice “ánde, así” y continúa caminando entre los residentes.

Para terminar la sesión de ejercicios comienzan a hacer movimientos de “enfriamiento” que consisten en sacudir los brazos, las piernas y hacer círculos lentos con la cabeza. La rutina de ejercicios termina a la 1:15pm; las coordinadoras le dicen a los residentes que pasen al comedor, Israel y Greta pueden trasladarse solos, el resto de los residentes necesitan ayuda, ya sea para caminar o para que los trasladen en su silla de ruedas.

Greta comienza a cantar, declara que está contenta por que ya van a comer, Jacobo exclama en voz alta “una loca, una loca”, ella se molesta y le responde “me está faltando al respeto don Jacobo” con voz muy fuerte, lo repite varias veces; Violeta les dice que ya no se peleen; ambos dejan de discutir y Greta sigue su camino rumbo al comedor.

### c) Una celebración de cumpleaños

Hoy es cumpleaños de Adolfo, uno de los residentes; son aproximadamente las 4:30pm y la estancia está en silencio, las coordinadoras de actividades llenan algunos formularios en la mesa del comedor, los residentes Greta y Noé están sentados junto a ellas en silencio.

En uno de los sillones individuales frente al elevador está Marcela intentando levantarse, las cuidadoras me explican que al estar enferma de alzhéimer ella olvida que no puede caminar debido a que una fractura de cadera le ha dejado las piernas inmóviles desde hace algunos años, e insiste en que ya se

va a su casa. Lilia, la cuidadora a cargo del turno, le repite varias veces en voz alta que no intente levantarse porque se puede caer y le dice que la va a llevar a la sala en la silla de ruedas; Marcela le pregunta que para qué trae esa cosa si ella puede caminar perfectamente: “a ver pues, levántate y camina, a ver” le responde Lilia retándola, Marcela intenta levantarse, pero sus piernas no se mueven, le aclara a la cuidadora que no es porque no pueda caminar sino porque ese sillón está muy “aguado” y que se resbala cuando intenta levantarse, la cuidadora se encarga de repetirle varias veces más que eso no es cierto y que ella ya no puede caminar. Marcela se enoja y Lilia la pasa a una silla de ruedas y le pide a la cuidadora Flor, que se la lleve a la sala.

Lilia se dirige a mí en ese momento como tratando de darme una explicación de lo ocurrido y me dice que para hacer su trabajo se necesita mucha paciencia, porque “los abuelos” (como les llaman a los residentes en su conjunto) un día la reconocen y otro no, un día están contentos y al siguiente muy tristes, un día están bien y al otro muy enfermos, y que para saber resolver esos problemas se necesita sobretodo de mucha paciencia.

En el salón de usos múltiples los residentes están sentados en círculo frente a la capilla, esperando a que Flor termine de reunir los materiales que necesita para hacer una actividad grupal (platos con semillas, ollas con agua, hojas de papel, trozos de verduras), me explica que la actividad se tratará de que los residentes “ejerciten” sus sentidos identificando objetos sin verlos.

Hasta ese momento aún no saben si van a hacer algún festejo por el cumpleaños de Adolfo pues no ha llamado su hija ni ha ido a visitarlo. Tocaban a la puerta y después de un rato Lilia entra con un paquete de refrescos en la mano que pone sobre la mesa rectangular y anuncia que acaba de llegar la hija de Adolfo con un pastel para celebrar al cumpleaños.

Adolfo está como adormilado, su hija Luz le habla muy fuerte, a gritos, le dice que despierte, pero no recibe respuesta, le dice “papi”, “Adolfito” o “cumpleañero”, él no despierta, no reacciona, sus ojos están abiertos pero son inexpresivos. Además de los refrescos su hija trae un pastel rectangular grande, con chantillí blanco y un pastel de los que son mitad pan de chocolate, mitad flan.

El cumpleaños parece no enterarse de que es su fiesta, los demás residentes están en silencio; la cuidadora Lilia pone un disco con las mañanitas versión trío, los residentes permanecen en silencio: ni ellos, ni las cuidadoras, ni la hija de Adolfo cantan las mañanitas. La actitud de los residentes no es “festiva”: Greta se ve nerviosa, se muerde las uñas, incómoda. Gustavo está en silencio, tranquilo; Israel se ve un poco enfadado, pero permanece en silencio. Todos están en silencio, menos Raquel, que de repente comenta algunas cosas en voz baja y se ríe.

Después de las mañanitas siguen en el disco algunos boleros, la residente Raquel se sabe la letra de todos y canta muy contenta, mientras esto sucede la cuidadora Lilia y María (una de las cocineras) traen vasos y platos, un cuchillo, cucharitas y servilletas. La hija del cumpleaños parte el pastel blanco, sirve grandes rebanadas y Lilia sirve refresco de naranja en los vasos y le va entregando un plato y un vaso a cada uno de los presentes y a las otras cuidadoras.

Luz come un poco de pastel, está sentada junto a su papá y lo mira a ratos, ya no le habla ni a él ni a nadie más. Lilia vuelve a poner las mañanitas, pero nuevamente nadie canta, los residentes comen su pastel lentamente y en silencio. Suena el celular de Luz quien contesta la llamada y comienza a platicar con alguien a quien se refiere como “bonito”, le dice que ya va a irse en unos minutos y cuelga. Se levanta y le dice a su papá que “ahorita” regresa, él no se mueve, entonces se dirige a la cuidadora Lilia y le explica que tiene cita con el médico y que volverá más tarde, se va.

El silencio en la sala es definitivo, después de acabar su pastel los residentes mantienen el plato sobre el regazo; Noé es el único que no ha terminado, va a media rebanada, comer cada bocado le cuesta mucho trabajo pues la movilidad en su brazo es limitada y cada cucharada implica un gran esfuerzo. Leonora (una de las residentes con alzhéimer) comienza a regañar a Greta por haberse ensuciado la ropa de azúcar: “no sirves para nada” -le dice- “eres muy buena para manchar la ropa pero así te quisiera ver lavando”, continúa. Greta se enoja pero no le responde nada, las cuidadoras le han explicado varias

veces que Leonora está enferma y que por eso dice cosas que no vienen al caso por lo que no debe pelearse con ella. Leonora regaña también a Lucía, porque ya se terminó el refresco y está jugando con el vaso vacío: “trae para acá” -le dice- y Lucía le entrega el vaso. Leonora los junta en el suelo junto a la pata de su silla, las regaña como si fueran dos niñas que están portándose mal, mueve la cabeza en señal de negación, desaprobándolas.

La cuidadora Flor está en el otro lado de la casa atendiendo a Enriqueta, terminando de bañarla; su actividad grupal para “desarrollar los sentidos” se pospuso porque comenzó la celebración del cumpleaños de Adolfo. La otra cuidadora del turno, Coral, está poniéndole suero a Néstor mientras que María, la cocinera, comienza a recoger los platos, los trastes y los pasteles del comedor.

Lilia es la cuidadora que vigila el salón de usos múltiples y regaña a Marcela en dos ocasiones más porque intenta levantarse y la vuelve a acomodar en la silla de ruedas. Marcela se queda quieta por unos minutos y después intenta levantarse; de repente ya está en el piso y va gateando rumbo a la salida, Alfonsina y Gustavo intentan detenerla y ponen su mano sobre sus hombros con suavidad pero ella sigue, mientras avanza va hablando entre dientes diciendo que ya se le hizo tarde, que ya se va a su casa. Lilia la intercepta cuando va gateando y comienza a empujarla un poco con las rodillas para que retroceda: “¿no le da vergüenza?” le pregunta a gritos, “¿no le da pena que todos la estén viendo lo que está haciendo?, hágase para allá, déjeme pasar”, le dice mientras la va empujando suavemente con las rodillas para que retroceda. Marcela empieza a gatear en reversa, y se pone muy seria; Lilia la carga y la vuelve a poner en la silla, acerca su cara mucho a la de Marcela y comienza a hablarle muy fuerte y a decirle “usted no se puede parar, no se esté levantando porque se puede caer, se va a lastimar, ya estese quieta, ¿no le da vergüenza portarse así?”, Marcela evade la mirada de la cuidadora, se pone muy seria y molesta, le tiemblan los labios, ya no dice nada.

Lilia se retira por un momento a la cocina pues ayuda a María a levantar el comedor, cuando regresa Marcela está otra vez en el piso, pero esta vez con las piernas torcidas y repitiendo “ay Diosito, ay Diosito”. La cuidadora se acerca

rápidamente y la intenta levantar, se da cuenta de que se lastimó. Las otras dos cuidadoras se acercan a ayudar, entre Lilia y Flor comienzan a revisar qué tipo de daño tiene en la pierna, concluyen que está rota. Coral se retira a llamar a la directora desde su teléfono celular, pues llamarla a ella es el primer paso que el personal debe seguir en el proceso para atender una emergencia. Mientras llega la directora las tres cuidadoras del turno le proporcionan primeros auxilios a Marcela que se encuentra ya llorando de dolor.

Todo esto se desarrolla en medio del círculo de residentes, todos mirando en silencio; de repente Leonora comienza a regañar a las cuidadoras y a Marcela: “levántense del piso, está frío y se van a ensuciar”, cruza los brazos en señal de enfado y mueve la cabeza en negación. Lilia y Flor levantan a Marcela del piso y la llevan a la sala de rehabilitación, Coral les lleva una férula y unas tablas para entablillarle la pierna. El ambiente es sumamente tenso y la expresión de las cuidadoras es de hartazgo y enfado; los residentes procuran mirar hacia otro lado mientras todo esto ocurre, se ven incómodos y tristes.

El salón se queda en un absoluto silencio, Greta se muerde las uñas de los nervios; la cuidadora Flor regresa al salón y les dice a los residentes que van a rezar un ratito antes de cenar, se ve que está muy enfadada y preocupada; trae una figura del niño Dios y un cirio a la mesa circular donde antes estaba el pastel, enciende el cirio y pone un disco con canciones religiosas. Les dice a los residentes que van a orar en silencio, cada quien en su mente, y van a pedir “por Angelita -una de las residentes, que acaba de fallecer hace algunos días- y por todas las necesidades de esta casa”; Greta le pregunta en voz alta “¿Angelita está muerta verdad?”, Flor no le responde, cierra los ojos y se pone a orar. El silencio en la sala se vuelve mayor, cuando terminan esos momentos de reflexión la cuidadora levanta el cirio y la imagen religiosa, posteriormente va acomodando a los residentes en la mesa de comer. Está evidentemente enfadada y preocupada, muy seria, azotando las sillas, llevando a cada residente que está en silla de ruedas muy a prisa y chocando con los muebles o las paredes.

Al terminar la reflexión una de las residentes, Raquel, me dice: “con esto vamos a estar cerca de Dios”, está muy seria ella también pero su actitud cambia

unos minutos después cuando recibe una llamada telefónica de su hija y se pone muy contenta, le manda besos a las niñas (su hija tiene una niña y un niño), le dice que no deje de venir a verla, se pone contenta pero a la vez melancólica y solloza un poco cuando cuelga el teléfono.

Noé no ha terminado su rebanada de pastel y le pide a la cuidadora Flor que le ayude a terminárselo: “dámelo” le dice ella y toma una cucharada repleta de pastel y se la da en la boca, es tan grande que a Noé le queda un trozo de pastel fuera y la cuidadora lo empuja un poco con la cuchara para que pueda comérselo; mientras él mastica ella espera con enfado a que termine ese bocado, agitando el pie como marcando que tiene prisa, y después llena la cuchara con todo el pastel que quedó en el plato y se lo da a Noé, hecho esto se lleva el plato y se aleja a seguir acomodándolos para la cena; él se queda con medio bocado de pastel fuera de la boca y comienza a levantar su mano con mucho trabajo intentando empujarlo para adentro.

La directora llega y saluda rápidamente, pasa directo a ver a Marcela que está con dos de las cuidadoras en la habitación de la planta baja y comienza a hacer llamadas telefónicas para localizar a un médico que venga a atenderla. La directora se queda con Lilia en la habitación de la planta baja entablillando la pierna de Marcela, mientras que Coral se retira para ayudar a Flor a servir la cena y alimentar a los residentes que necesitan ayuda.

#### **4.4.- Algunas reflexiones en torno a la rutina diaria.**

A partir de estos ejemplos de las actividades diarias podemos sintetizar algunos puntos en relación a la vida diaria de los residentes de El Refugio. Como pudimos identificar a través de las narraciones que acabo de presentar, basadas en mi observación en campo, las interacciones entre los residentes son silenciosas, pero existen, entre ellos conviven comunicándose de otras maneras no siempre verbales y compartiendo el espacio y los alimentos. Ejemplos de lo anterior se identifican en el caso de Adolfo tratando de evitar que Tomasa continuara mordiendo su ropa; o en el caso de Gustavo y Alfonsina tratando de evitar que Marcela se siguiera levantando de su silla, situación que podía generar

que se lastimara y que el personal siguiera llamándole la atención. Los residentes son también testigos de los maltratos, de los accidentes y de los sufrimientos de sus compañeros.

Las residentes con alzhéimer o con demencia tienen formas particulares de adaptarse a la convivencia diaria en la institución y participar en ella, por sus conversaciones pude identificar que la asociaban principalmente con visitas sociales en su domicilio o con reuniones familiares; esto lo pudimos ver en el caso de Leonora regañando a la gente en la sala por estar haciendo cosas que le parecían inapropiadas. Así mismo, se comportaban como anfitrionas cuando estaban en la sala de tv y encontraban a algún visitante, iniciando conversaciones respecto al clima, a la siembra, a la comida, a las vecinas y a otros temas cotidianos, saludando siempre muy amables y sonrientes.

Las cuidadoras procuran no “conflictuar” a las residentes enfermas de alzhéimer cuando hacen comentarios refiriéndose a la vida diaria en su casa o a otros momentos y lugares de su vida que no correspondían con el presente, y para ello procuraban responderles de manera breve y amable. Así procedían la mayoría de las cuidadoras durante la mayor parte del tiempo, aunque en ocasiones también había quienes les respondían a las residentes con alzhéimer de manera brusca y recordándoles su discapacidad o su olvido. Esto último ya ha sido ejemplificado en las narraciones que presenté previamente (especialmente en la celebración de cumpleaños) en donde se han descrito situaciones de maltrato y negligencia de parte de las cuidadoras hacia los residentes: insultos, gritos, e impaciencia derivada en falta de cuidado. A continuación presento dos breves ejemplos de cómo responden las cuidadoras a las residentes para no confrontarse con ellos ni recalcarles su enfermedad:

- a) En una ocasión Marcela comienza a tratar de levantarse de su silla de ruedas porque dice que tiene que ir a la cocina a poner una olla de frijoles, una de las cuidadoras le responde que no es necesario que se levante ni que se preocupe, que ella ya puso los frijoles desde hace rato y que les echó suficiente sal.

b) Raquel empieza a caminar hacia la salida y a despedirse pues dice que ya está oscureciendo y que su papá se va a preocupar si no llega temprano a la casa, una de las cuidadoras la toma de la mano y le dice que se siente nuevamente, que ya le avisaron a su papá y que al ratito van a pasar por ella; después de algunos minutos Raquel se olvida completamente del asunto.

En relación con lo expuesto hasta el momento, podemos afirmar que la atención que se les brinda en El Refugio a los residentes va orientada principalmente en el sentido de satisfacer sus necesidades diarias de supervivencia para tratar sus problemas de salud y evitar un deterioro mayor de su estado físico debido a falta de cuidados. Por ejemplo, se pone atención en evitar rozaduras y úlceras por presión (lesiones frecuentes en enfermos que permanecen en una misma posición durante tiempos prolongados); se cuida que el residente consuma tres comidas al día, que ingiera sus medicamentos en las dosis y los horarios recetados por el médico, que se mantenga limpio y tranquilo.

En El Refugio se encuentra más sistematizada y técnicamente profesionalizada la atención correspondiente a satisfacer las necesidades de asistencia física de los residentes. En relación a las necesidades emocionales de los residentes, la atención de su salud mental, o la planeación de actividades recreativas y ocupacionales hay una menor profesionalización al respecto, y hay una mayor dificultad para poder encontrar formas de participación para los residentes ya que sus discapacidades físicas y/o mentales les impiden realizar muchas actividades.

#### **4.5.- Las condiciones de vida de los residentes al interior de la IGA.**

El hacinamiento y la falta de privacidad en que viven los residentes son medidas que en la institución se justifican mediante el argumento de que, al estar siempre junto a los demás, el adulto mayor no se sentirá solo ni aislado. Aunque se trata de maquillar el hacinamiento como “compañía” y “cercanía”, el tipo de interacciones que hay entre los residentes nos indican que establecen relaciones

sociales forzadas con sus compañeros; así mismo, algunos de los residentes que aún se encuentran mentalmente lúcidos eligen evitar este contacto y permanecer alejados del grupo.

El mantener a los residentes en una sola área de la institución durante la mayor parte del día le permite al personal concentrar su labor y contrarrestar así las carencias que hay en la cantidad de cuidadoras en relación con el número de residentes que es necesario atender. El justificar el hacinamiento como “cercanía” y “compañía” también le permite a la institución ingresar a muchos más residentes de los que serían aceptados si se pensara en darles más espacio personal a cada uno de ellos.

Por otra parte, la institución justifica la falta de privacidad como una medida necesaria para mantener el cuidado “constante” de los residentes, cuyo estado de salud es delicado, y se busca bajo este argumento que se interprete como atención y asistencia al residente. La realidad es que la sobrecarga de trabajo que tienen las cuidadoras no permite que se le proporcione atención constante ni personalizada a ninguno de los residentes, la asistencia se realiza siempre con falta de tiempo y de recursos, y en general el tiempo que se dedica a cada residente es muy poco.

La falta de intimidad a la que se somete a los residentes durante su rutina diaria de aseo facilita el trabajo de las cuidadoras, al no tener que transportarlos a otra habitación y al poder atender a varios residentes al mismo tiempo. Las cuidadoras justifican la inocencia de esta práctica por considerar que la mayoría de los residentes ya no tienen conciencia de sí mismos debido a sus enfermedades mentales o discapacidades físicas y por lo tanto ya tampoco tienen pudor, ni conciencia de la presencia de los otros. Lo mismo sucede con la práctica de usar baños sin puertas o con puertas que se dejan abiertas para vigilar al residente y asistirlo: se privilegia la eficiencia en el desempeño laboral de la cuidadora por encima de la comodidad y privacidad del residente.

Como se ha señalado a lo largo del texto, en la estancia no hay un horario ni un espacio para visitas; esta medida toma como prioridad al familiar responsable en su carácter de cliente de la empresa y es una garantía de la

calidad del servicio por el que está pagando. La ausencia de un horario y un área designada a recibir a las visitas es también una fuente de exhibicionismo involuntario para los residentes, pues “cualquier” persona puede llegar en “cualquier” momento y verlos en “cualquier” situación: los parientes de otros residentes que llegan a verlos comer o rezar, los posibles nuevos clientes que llegan a ver cómo es la institución, o la estudiante de antropología que los observa mientras hacen ejercicio y toma notas. La privacidad diaria de los residentes ya no se encuentra bajo su control sino bajo el de la institución que toma todas las decisiones al respecto sin consultarles sus deseos.

Todos los aspectos señalados anteriormente nos muestran que los residentes viven diariamente con una exposición involuntaria a relaciones o situaciones sociales involuntarias o impuestas y por lo tanto no deseadas, ya sea de carácter físico o simbólico.<sup>27</sup> En su vida diaria los residentes de El Refugio están en contacto con los cuerpos, las visitas, las miradas y la enfermedad de otras personas, a las que no conocen y con las que son obligadas a convivir todo el día. Algunos ejemplos de contaminación interpersonal que viven los residentes de El Refugio son:

- 1) Permanecer en la mesa del salón de usos múltiples literalmente “codo a codo” con otros 16 residentes comiendo, iluminando, dormitando.
- 2) Dormir en habitaciones saturadas de residentes, a los que miran mientras duermen, reciben tratamientos o terapias, mientras se quejan de algún sufrimiento o lloran, lo anterior además bajo la constante vigilancia del personal nocturno.
- 3) Compartir el sanitario con otros residentes en situaciones de desnudez o semi-desnudez, mientras son asistidos en sus actividades de higiene.
- 4) Tener contacto frecuente con la suciedad, los malos olores, el desorden y los desechos de otros residentes en las instalaciones de la institución.
- 5) Tener un contacto constante con la enfermedad y la muerte de otros residentes dentro de la misma habitación.

---

<sup>27</sup> Ver Goffman, 2004, p. 35

Me parece que algunas actividades de la rutina diaria de los residentes de El Refugio pueden considerarse “indignidades” en el sentido descrito por Goffman<sup>28</sup>; por ejemplo el usar baberos y trastes de plástico para comer, el utilizar pañales que tardan mucho en ser cambiados y tener que pasar varias horas sucios hasta que alguien decida cambiarlos o reciba la instrucción de hacerlo, el realizar actividades recreativas consideradas infantiles (iluminar figuras de dibujos animados, usar un gorro de cartón en las fiestas de cumpleaños), el recibir burlas de parte del personal en forma de bromas o de regaños; o que se discutan las intimidades y enfermedades de los residentes frente a ellos como si no estuvieran presentes.<sup>29</sup>

En contraste con lo ejemplificado hasta el momento en relación al tipo de trato que reciben los residentes de El Refugio podemos hacer un análisis partiendo del caso de Isolda y Alberto, que son dos residentes que se mantienen separados del grupo conformado por el resto de los residentes. En sus casos es posible identificar que no participan en las actividades recreativas, ocupacionales o de terapia física que organiza la institución para los residentes y que en cambio pasan sus horas viendo televisión leyendo revistas, bordando, charlando por teléfono o tomando siestas. Otra diferencia es que ambos residentes tienen más pertenencias personales en sus habitaciones que el resto de los residentes y que pueden consumir alimentos entre los horarios establecidos de comida si así lo desean, además de que conservan algunos alimentos en su habitación. Es también interesante identificar que el personal les llama por su nombre antecedido del título de “Don” o “Doña” respectivamente, que les permiten tener más privacidad en su habitación ya que son los únicos cuyas habitaciones tienen

---

<sup>28</sup> Las indignidades físicas, definidas por Goffman como “todo reglamento, orden o tarea que obliguen al individuo a adoptar [movimientos, posturas o actitudes que] transmiten imágenes deplorables del individuo y deben evitarse como degradantes [de acuerdo con] la moralidad expresiva de una determinada sociedad civil” [2004, p. 33]. Algunos ejemplos de indignidades físicas son: comer todos los alimentos con cucharas, realizar gestos de penitencia (como besar manos o pies de los superiores), inclinarse para recibir azotes, y recibir profanaciones verbales o de actitud por parte del personal.

<sup>29</sup> Un ejemplo de esto es una ocasión en que una coordinadora se dedicó a contarme los problemas familiares y de salud de cada uno de los residentes mientras todos se encontraban en la mesa, incluso señalándolos o ejemplificando su conversación con alguna acción que el residente estuviera realizando en ese momento, actuando como si no estuvieran presentes o no entendieran o escucharan lo que estábamos hablando.

biombos o medias paredes para aislar su espacio y que solamente comparten habitación con un residente respectivamente. Aunque sus capacidades físicas y mentales les permitirían a Isolda y Alberto participar en las actividades de la institución, al no incorporarse evitan ser tratados como el resto de los residentes, manteniendo así una mayor relación con la identidad que tenían antes de ingresar a la institución y con ello una mayor autonomía, en comparación con el resto de sus compañeros residentes. La diferenciación de trato entre estos dos residentes y el resto es posible debido a la salud mental de la que ambos gozan y también a la resistencia que presentan ante los tratos que no les agradan del personal, contando además con el apoyo de su familia. Esta posibilidad de denunciar el maltrato, la molestia y los propios deseos en torno a su cuidado en la IGA permiten que Isolda y Adolfo tengan un trato preferencial en comparación con el resto de los residentes que ya no están en condiciones físicas o mentales de quejarse o presentar resistencia.

Por último, es interesante reflexionar que las instituciones geriátricas asilares como El Refugio son espacios creados para atender adultos mayores con discapacidad, la planificación de una institución de este tipo implica prever las necesidades que considera primordiales para sus usuarios. En el caso de El Refugio nos encontramos con que las principales necesidades que se consideran fundamentales para los residentes son comer, dormir, asearse, tomar misa y recibir visitas. Así mismo, El Refugio promete a sus clientes una atención personalizada, sin embargo hay en promedio una cuidadora por cada siete residentes, lo cual ocasiona que ellas no se den abasto atendiendo las necesidades específicas de cada uno y que no se atiendan pronto sus necesidades diarias (como en el caso del cambio de pañal durante el día).

La institución promete atención encaminada a cuidar la salud de los residentes, sin embargo no cuenta con la asesoría o supervisión de ningún médico y tampoco cuenta con un espacio destinado a ofrecer atención médica a los residentes; a pesar del reducido espacio que hay en la institución se designó un espacio para hacer una capilla, mientras que no hay consultorio ni enfermería.

La institución está diseñada para mantener a los residentes inmóviles, en un espacio muy reducido, y sin ningún tipo de privacidad, por lo cual tienen que realizar todas sus actividades frente al resto de los residentes, a las cuidadoras y ocasionalmente también frente a los visitantes: comer, dormir, ir al baño, su higiene personal, curaciones, recibir visitas. Permanecen todo el día expuestos en el salón de usos múltiples, a la vista de cualquiera que desee pasar por la institución, en cualquier momento del día.

Los residentes se encuentran también expuestos a recibir maltratos o a ser víctimas de negligencia en el cuidado diario por parte del personal, y en la mayoría de los casos no tienen la posibilidad de quejarse ni de dar su versión de la historia debido principalmente a las discapacidades físicas y mentales que padecen. Los residentes se encuentran a merced del personal y en una situación de gran fragilidad, la cual aumenta cuando los familiares se han distanciado completamente del adulto mayor y de la supervisión del cuidado que recibe en la IGA y desconocen (o no les interesa conocer) si está sufriendo algún tipo de maltrato o si hay negligencia en el cuidado que recibe diariamente.

## **CAPÍTULO 5**

### **Una mirada a las causas del internamiento en la IGA.**

¿No es aterrador que releguemos a un segundo plano a los ancianos  
cuando termina su vida productiva y dejan de ser útiles?  
¿No es inquietante que nos los quitemos de encima  
llevándolos a asilos donde mueren solos y abandonados?

Sogyal Rimpoché, *El libro tibetano de la vida y de la muerte*

#### **Introducción.**

En el presente capítulo expongo algunos de los casos representativos de los residentes de El Refugio, teniendo como eje principal del análisis los procesos que causaron el internamiento. Los casos que aquí se exponen reflejan de manera emblemática las problemáticas generales que tienen los residentes de El Refugio, principalmente en lo relativo a su estado de salud, su situación familiar y su condición socioeconómica.

Esta es una aproximación general y una línea de investigación de gran interés que me gustaría explorar a profundidad en futuros análisis, pues en la presente investigación la información se mantuvo en un nivel de exploración inicial debido a las restricciones en el tiempo para realizar el trabajo de campo, sin embargo es posible reconstruir los casos en cuanto a sus rasgos más generales.

La aproximación general a las causas del internamiento nos permite esbozar un panorama del tipo de problemáticas que sufren los adultos mayores principalmente en lo relacionado con la falta de asistencia en sus hogares para sobrellevar las secuelas de su deterioro físico y/o mental relacionado con el envejecimiento y la discapacidad.

El analizar esta información nos permite tener también una idea del tipo de cambios que suceden en la vida de un adulto mayor al convertirse en residente de una IGA y el impacto tanto positivo como negativo de dichos cambios en diferentes aspectos de su vida diaria.

### **5.1.- Lucía: si estuviera viva.**

Lucía tiene 72 años; su piel es morena y lleva el cabello corto, muy lacio y totalmente blanco, las cuidadoras la visten siempre con ropa deportiva. Cuando Lucía se encuentra en el salón de usos múltiples de El Refugio rara vez permanece sentada durante un largo periodo de tiempo, pues generalmente se encuentra caminando en círculos alrededor de la mesa y mientras lo hace va cantando “Las Mañanitas”. Algunas veces canta con la letra de la canción y otras veces únicamente con la melodía y diciendo frases que describen alguna situación que está ocurriendo en el salón o saludando a alguna persona, por ejemplo. En ocasiones se levanta a caminar incluso durante la hora de la comida y las cuidadoras la persiguen para conducirla nuevamente a la mesa; a veces sus caminatas las hace mientras abraza un muñequito en forma de un bebé rubio al que abraza contra su pecho. Las cuidadoras también me comentan que Lucía casi no duerme durante la noche, a pesar de que toma un medicamento que le ayuda a descansar. Todas estas situaciones son parte de los síntomas de su enfermedad.

Lucía ha sido diagnosticada con demencia tipo alzheimer; su enfermedad empezó a manifestarse aproximadamente en 1995, aunque no fue diagnosticada sino hasta mucho después ya que los cambios en su humor y en su personalidad fueron inicialmente adjudicados a un “susto” que sufrió al ver a sus nietos tener un accidente en el río. Conforme sus síntomas (alucinaciones, depresión, paranoia) fueron agravándose decidieron llevarla a varios médicos en búsqueda de un diagnóstico. Su hijo menor, Fernando, estaba en ese entonces (1997 aproximadamente) terminando su carrera de Medicina en la Ciudad de México y decidió llevarla al Instituto Nacional de Neurología para que le realizaran análisis; fue entonces cuando se le diagnosticó demencia tipo alzheimer. Después de esta visita médica a la Ciudad de México Lucía volvió a su vida cotidiana en una localidad rural de Jalisco, a vivir con su marido, su hijo mayor (Luis), su esposa e hijos.

Lucía vivió siempre en esa comunidad rural, cuando era joven trabajaba despachando en la tienda de abarrotes que tenía su familia, y después se casó con un agricultor y se dedicó a ser madre de familia y ama de casa; le gustaba

participar en varias actividades comunitarias en su localidad, especialmente las relacionadas con la asociación católica de su parroquia, y Fernando la recuerda como una madre muy cariñosa.

Cuando el esposo de Lucía falleció, aproximadamente en 1997, sus hijos Fernando y Luis discutieron a partir de diferencias por la repartición de la herencia de su padre. Lucía se quedó en su casa viviendo con Luis y su familia, y Fernando se fue a vivir a San Luis Potosí en donde se casó y tuvo una hija.

A cambio de cuidar a su madre, Luis le exigió a Fernando que le dejara su parte de la herencia y que contribuyera con una cantidad mensual para contribuir a solventar los gastos relacionados con su cuidado. En el 2003 Fernando regresó a casa de su madre de visita y se sorprendió al descubrir las malas condiciones en las que vivía y su deteriorado estado de salud, por lo que decidió llevársela a vivir con él y su esposa a San Luis Potosí:

[...] mi madre llegó a tener desnutrición y vivir como indigente, y entonces pues tuve que entablar un juicio para tener la custodia legal, ya que tengo ese juicio pues me la traje para acá para hacerme cargo de ella, porque si la dejo con mi hermano pues creo que se moriría de hambre, prácticamente, estaba muy muy muy delgada, como en un campo de concentración, básicamente. [...] Quedó con mi hermano, no le daba de comer, recogía cosas de la calle, había gatos en su cuarto, olía a excremento, se hacía en el piso, vestía harapos, no comía bien y ya la traje acá y fue un cambio muy drástico.

Lucía vivía en un abandono completo, así como no recibía alimentos suficientes en su casa, ni asistencia con la limpieza de su habitación o con su higiene personal, tampoco recibía ningún tipo de tratamiento médico para atender los problemas psiquiátricos que se le habían diagnosticado varios años antes. Fernando se indigna al recordar las condiciones en las que encontró a su madre cuando volvió al pueblo; su sorpresa fue muy grande ya que todo el tiempo su hermano le describía una situación muy diferente en la que su madre se encontraba en buenas condiciones, protegida y acompañada.

Al llegar a San Luis Potosí, Fernando la llevó a una IGA de la ciudad llamada Mansión de los Abuelos, sin embargo esta institución cerró sus puertas un par de años después y tuvo que trasladarla a El Refugio.

Como mi esposa es médico y yo soy médico, tenemos a nuestra hija y hasta para estar atendiendo a la niña o estar viéndonos nosotros no hay mucho tiempo. Entonces necesariamente tuvimos que buscar un lugar dónde tener a mi mamá; porque primero se quedaba en casa; me llegó a ayudar en una ocasión [...] mi tío Miguel y se le salió [a la calle]: mi tío fue al baño y mi mamá se salió y se nos perdió. Anuncios en el radio, todo. Terminó un oficial llevándola al psiquiátrico de aquí de la salida a Matehuala. Entonces ya vimos que no la podía dejar sola, ni al cuidado de mi tío pues tampoco me respondía bien. Por eso ya no la pude tener en casa; al menos considero que está lo mejor que puede estar dadas las circunstancias, pues.

Por lo tanto, Fernando y su esposa consideran que la Institución Geriátrica Asilar es un gran apoyo para ellos, aunque él reconoce que no es una situación “ideal” para que viva su mamá: “No podría vivir con ella de otra manera, no la podría tener en mi casa. Y para mi es una tabla de salvación, si bien la situación no es la ideal, pues es la necesaria. Y sí me ayuda, realmente, pero que es algo que yo deseara pues no ¿verdad?, ¿cómo voy a querer esto?”

En relación a los cambios que ha presentado Lucía en su salud a partir de su ingreso en El Refugio, Fernando identifica como positivos el hecho de que ha mejorado su estado nutricional, ha ganado peso y ha mejorado el aspecto de su piel, su cabello, sus uñas, también le fueron atendidas varias infecciones en la piel y en las vías urinarias. En cuanto a los aspectos negativos, Fernando refiere la disminución de la memoria y del habla, la disminución de la movilidad de su cuerpo, y que lleva al menos tres meses continuos cantando las mañanitas todo el día. Estos últimos cambios se encuentran asociados principalmente con el avance de la demencia tipo alzhéimer.

En su estado actual de salud, Lucía requiere ayuda para realizar la mayor parte de sus actividades diarias: vestirse, asearse, ir al baño, caminar, orientarse en el espacio; una actividad que aún puede realizar sin ayuda es ingerir sus alimentos. En palabras de su hijo:

[...] sin ayuda [Lucía puede] comer porque es lo que le encanta. Eso sí, no deja de comer. Para todo lo demás hay que asistirle: para ir al baño, para vestir, para bañarse, para llevarla a la cama, para darle sus medicamentos, y pues si hay que salir a caminar hay que llevarla a veces, pero ella solita camina para todos lados ¿verdad?, pero si hay que cuidarla. Y si se sale,

pues ya no regresa, porque ya no se orienta. Entonces lo único que puede hacer bien, pues es comer y moverse dentro de ese espacio [El Refugio].

Actualmente, los gastos familiares relacionados con el cuidado de Lucía en El Refugio y con los medicamentos que necesita para controlar los síntomas de su enfermedad oscilan entre los \$9,000.00 y los \$10,000.00 mensuales. Estos gastos los cubre su hijo Fernando con sus ingresos, Lucía es derechohabiente del Seguro Social, pero realmente los servicios médicos a los que han recurrido no han sido cubiertos por dicha institución sino en médicos privados. Así mismo, en tanto que su hijo y su nuera son médicos, ellos la atienden cuando tiene algún malestar leve o que no se encuentre relacionado con la demencia.

En relación a cómo imagina Fernando que serían las cosas si su mamá no se hubiera enfermado, comenta:

Si ella estuviera viva pues mi vida cambiaría. Viva en el sentido de sana de su mente. Cambiaría muchísimo, sería un apoyo para mí en lugar de verla como una carga en cierta manera ¿verdad? Se invertirían los papeles, sería yo quien me apoyara en ella [...] Pero esta ahí su cuerpo y sé que me reconoce. Cambió con los medicamentos: fue más dócil, más fácil, pero sí es una tristeza el ver que va deteriorándose, el saber que no se va a curar, y el pensar que ya parte de su mente la perdí, que no voy a poder hablar con ella, que tal vez le voy a transmitir emociones y pueda recibirlas, pero que ya no es mi mamá. No la mamá que quisiera o que tuve.

## **5.2.- Raquel: nos ganó la enfermedad.**

Raquel tiene 82 años de edad, su piel es blanca y su complexión robusta, tiene el cabello largo y rizado, las cuidadoras se lo peinan en dos trencitas grises. Raquel prefiere sentarse cerca de la puerta de entrada porque le gusta saludar amablemente a los visitantes, siempre está sonriendo y fácilmente comienza a conversar con quien se encuentre cerca; las cuidadoras consideran que tiene este comportamiento porque ella piensa que está en su casa y le gusta ser una buena anfitriona con las visitas. Generalmente platica cosas que le pasaron hace muchos años, sobre sus padres y su vida de niña. A Raquel también le gusta cantar con la

música que las cuidadoras ponen en el estéreo y es la única de las residentes que canta en el karaoke.

Raquel tuvo tres hijos, dos varones y una mujer; dedicó su vida a ser ama de casa y madre de familia. Su hijo menor, Hugo, es sordomudo y debido a esta discapacidad le resulta muy difícil tener un trabajo estable, es soltero y no tiene hijos. Sus otros dos hijos, Rafael y Claudia, son médicos, están casados y tienen hijos pequeños. Su marido falleció de cáncer a finales del año 2006 en su casa, él nunca fue internado en una IGA.

Raquel ha sido diagnosticada con alzhéimer, además de esta enfermedad tiene problemas con su cadera ya que antes de ingresar a El Refugio sufrió una caída accidental que le causó una lesión muy grave y le dejó secuelas en la pierna y la cadera, las cuales se agravaron porque en ese entonces era muy obesa.

Su familia comenzó a percatarse de que algo no estaba bien cuando Raquel comenzó a presentar serios olvidos sobre lo que había hecho durante el día, comenzó también a confundir a sus familiares vivos con otros que ya habían fallecido, olvidó como preparar las recetas de la comida que había guisado toda la vida y comenzó a mezclar todo tipo de ingredientes, mostrando una gran confusión. Nos platica su hija Celia: “[Mi mamá] veía la tele y cuando salían los conductores de los programas diciendo “adiós”, “hasta luego” mi mamá se despedía de los de la tele y me platicaba que había visto a fulanita de tal [personaje de la televisión] y que era su amiga y se saludaban”.

Estos síntomas comenzaron a intensificarse en el año 2000, que fue cuando sus hijos decidieron llevarla con un geriatra para que la diagnosticara y así le detectaron que padece alzhéimer. Raquel permaneció hasta el año 2005 viviendo en su propia casa con su marido y su hijo menor, Hugo. Entre ambos se repartían algunas de las tareas de cuidado durante el día, principalmente en lo relacionado a cocinar, asear la casa, suministrarle a Raquel sus medicamentos, asistirle para que se vistiera (pues olvidó como hacerlo) y para acompañarla y vigilarla a lo largo del día; su hija Celia se encargaba de visitarlos para ayudar con los quehaceres domésticos y para asistir a Raquel en su baño y aseo diario, incluyendo su cambio de pañal. Rafael, el hermano mayor, contribuía

principalmente con aportaciones económicas para cubrir los gastos médicos, los gastos cotidianos del hogar y los de algunas adaptaciones que se hicieron al espacio de Raquel como por ejemplo un timbre que comunicaba su cuarto con un foco en la habitación de Hugo, una adaptación de barandilla para que no se cayera de la cama y la instalación de algunos tubos para que pudiera usar el sanitario.

Lo que cambió la situación de cuidado en casa fue que Raquel sufrió una caída accidental en el baño, en la que se lastimó severamente y antes de que terminara su recuperación se cayó nuevamente en la casa, en esta segunda ocasión la caída fue de las escaleras. Su hija Celia resume de la siguiente manera los episodios críticos que precedieron el internamiento de su mamá en El Refugio:

En septiembre de 2005 se nos cayó en el baño, porque empezaba a alucinar en la noche; la cuidaban entre mi papá y uno de mis hermanos pero se les escapó, se metió al baño, se cayó y rompió el lavamanos con la cabeza, se abrió toda la cabeza, yo no sé cómo no se murió allí, toda ensangrentada allí, entonces se deterioró mucho y de lo de la mente se puso peor, como que se “demenció” todavía más y estuvo internada. Salió y llegó a la casa muy ansiosa, muy inquieta, no se controlaba, al paso del tiempo se controló un poco; como a las tres o cuatro semanas otra vez se les escapa: la casa es de tres niveles y el cuarto donde se quedaba ella era abajo, entonces subió la escalera, llegó a la mitad y se cayó y entonces se le hizo un hematoma en toda la pierna derecha, horrible, todo morado, y la tuvieron que operar. Se “demenció” más, se puso bien mal en el hospital, estuvo amarrada porque se quería levantar, alucinaba y un relajo, entonces la operaron y le drenaron todo eso [la herida de la pierna].

Al salir del hospital en esta segunda ocasión, Raquel fue internada por su familia en El Refugio, pues según comenta Celia, sus hermanos y ella tenían temor de que volviera a ocurrirle un accidente y consideraron que no tenían las posibilidades ni el tiempo necesario para cuidar de su madre, ya que la herida en su pierna era muy grave y debido a su estado mental Raquel requería de vigilancia de tiempo completo:

[Mis hermanos y yo] le comentamos a mi papá: “papá pues, mira, ¿sabes qué? nosotros pensamos que lo más conveniente es que mi mamá esté en

una casa de retiro, porque no tenemos dinero para que alguien la esté cuidando aquí, tú ya estás en bastón, ya no puedes con ella [...] no puedes estar haciendo esto, Hugo se tiene que ir a trabajar, o a veces deja trabajos por estar con mi mamá y no hay dinero, y mi mamá necesita vigilancia las 24 horas del día”. Entonces mi papá de plano nos dijo: “Lo que ustedes digan, como ustedes digan así se hace” y Rafael y yo decidimos: “Ni modo, parece que a mi mamá la golpearon los judiciales, yo ya no quiero ver a mi mamá así, otra caída yo ya no la aguanto y quién sabe si ella la aguante” [...] Entonces, sí estuvo complicado decidir ingresarla en El Refugio, pero entre mi hermano y yo lo hicimos.

Al momento de este estudio, Raquel llevaba 2 años viviendo en El Refugio; los gastos mensuales aproximados que implica su estancia allí son de entre \$9,000.00 y \$10,000.00, los cuales son pagados una mitad por su hijo Rafael y la otra por su hija Celia.

Raquel ingresó a El Refugio con un estado de salud muy delicado y con obesidad; Celia comenta que las cuidadoras dedicaron los primeros meses de su estancia a curarle la herida de la pierna y a bajar su peso corporal gracias a una dieta; esta pérdida de peso y la recuperación de su pierna permitió que nuevamente pudiera caminar solamente con un poco de ayuda tomada del brazo de una cuidadora, dejando la silla de ruedas y la andadera. En este sentido Celia identifica que hubo cambios positivos en el estado de salud de su madre a partir de que ingresó en El Refugio. Otro cambio positivo que identifica es en el estado de ánimo de Raquel, que ahora se mantiene de buen humor, Celia atribuye este cambio en parte a los nuevos medicamentos que se le suministran a su madre pero también a que está siempre acompañada:

[...] o sea mi mamá ahorita anda bien, ya anda caminando, se avienta a caminar sola, con el problema en cadera y se avienta a caminar sola [...] se pone a cantar, ella quiere clases de canto, cosa que siempre le gustó cantar, pero mi papá era de “música aquí en mi casa, no” y a mi mamá le gusta mucho cantar, entonces aquí se pone como si estuviera enfrente de un teatro, agradece a todo el público. [...] Mírala, allí se anda peleando, pero fíjate que mejor que se pelee [en lugar de estar sola] también es parte de la vida, a ellos [los “viejitos”] también les ayuda mucho, ya después se tranquilizan, pero mientras como que les sube la adrenalina.

En relación a la enfermedad mental que padece Raquel realmente no hay un avance positivo, pues el alzhéimer es una enfermedad crónica que no tiene una cura sino que solamente se pueden combatir o aminorar algunos síntomas.

En conclusión, al reflexionar sobre la vejez que vivieron sus padres, Celia considera que a ella y sus hermanos les faltó tiempo y preparación para cuidar de ellos:

Nos ganó la enfermedad, sí, nos ganó y aparte uno no está preparado para darles la atención que ellos necesitan [...] Ojalá y mi mamá no hubiera tenido demencia, pero pues le tocó, así que ni hablar. Me siento tranquila porque sé que ella está bien cuidada, pero me siento mal, porque tiene demencia [...] ella está sufriendo, finalmente lo está sufriendo y sufre también porque no está viendo a sus hijos como antes, aunque sea de pasada, se sentía en su entorno y pues entonces es lo que te duele, lo que ella esté pensando, lo que esté sintiendo, eso duele mucho, pero si no la internamos pues se muere y entonces pues agarras lo que es mejor para ella.

### **5.3.- Alberto: encerrado en su recámara.**

Alberto tiene 88 años y es uno de los pocos residentes de El Refugio que no tiene algún problema de demencia o alzhéimer. Es de complexión muy delgada, tiene bigotes grises y usa siempre camisa a cuadros y una gorra deportiva, camina con ayuda de un bastón. Alberto prefiere permanecer lejos del grupo y no participa en las actividades recreativas. Los únicos momentos en que se sienta junto al resto de los residentes es para comer y para asistir a misa, el resto del tiempo lo pasa solo.

Alberto trabajó en el ejército durante la mayor parte de su vida y posteriormente se dedicó a trabajar en Telmex y otras empresas de telecomunicaciones. Cuando tenía 80 años de edad aún impartía cursos en dichas empresas. Alberto se casó y tuvo tres hijos, dos varones y una mujer que era la más chica y que falleció de un infarto a la edad de 40 años.

Su esposa enfermó de alzhéimer en el 95 y después de algunos años su familia decidió ingresarla en una residencia para adultos mayores con esta enfermedad. A partir de ese momento Alberto continuó viviendo solo en su departamento en el sur de la Ciudad de México, llevaba una vida independiente

(tanto en lo económico como en la realización de sus tareas diarias) y trabajaba con regularidad, hasta que en septiembre del 2000 sufrió una embolia que lo obligó a permanecer en el hospital un periodo de tres meses para recuperarse. La embolia dejó secuelas principalmente en su equilibrio, pues ahora él padece vértigo, así como temblores principalmente en las manos.

Mientras estuvo hospitalizado recuperándose de la embolia su esposa falleció en la institución en la que estaba internada; él no se enteró del fallecimiento sino hasta varios meses después ya que sus hijos no querían que sufriera una emoción intensa que pudiera afectarle más la salud: “mientras yo estaba encamado falleció mi esposa que estaba enferma de alzhéimer, ella estaba también en una residencia pero ya estaba muy mal, ya no conocía, ya casi perdía completamente la memoria y le daban de comer en la boca y ya fue cuando murió, pero a mí no me dijeron hasta después, cuando había salido yo de la enfermedad”.

Después de estos acontecimientos (la embolia y el fallecimiento de su esposa) la vida de Alberto cambió drásticamente; al salir del hospital sus hijos decidieron que lo mejor era que él ya no viviera solo y por ello se mudó primero a la casa de su hijo Leonardo que vive en la Ciudad de México y estuvo durante aproximadamente un año con esta familia. Por los horarios de actividades que tenían Leonardo y su familia, Alberto pasaba la mayor parte del día solo y encerrado en casa. Debido a su frágil estado de salud ya no salía solo a la calle y dejó de trabajar. Los hijos de Alberto convinieron que su padre se mudara a San Luis Potosí con su otro hijo, Salomón, para que tuviera una vida más tranquila en una ciudad de provincia.

Alberto se mudó a casa de Salomón en el 2002 y durante aproximadamente un año permaneció allí. Salomón describe este periodo como de mucha incomodidad para él y su familia, así como para su padre, ya que Alberto no salía de su habitación durante todo el día y no realizaba otra actividad más que ver la televisión y leer revistas, lo cual resultaba preocupante para Salomón y su esposa:

No te puedo decir que él quería ingresar a una casa [institución asilar] porque yo creo no sabía que existía esa posibilidad; pero él no se sentía a gusto aquí en la casa. Nosotros le teníamos asignada una recámara para él solo y no salía de la recámara: bajaba, desayunaba y se subía a su recámara a acostar; bajaba, comía y se subía a su recámara a acostar; bajaba y merendaba y se subía a su recámara a acostar. No quería estar en la sala, no se quería salir al jardín, no se quería quedar en la cocina, como que sentía que estorbaba, entonces en un afán de no estorbar se la pasaba encerrado en su recámara. Obviamente no era lo mejor para él y a nosotros también pues nos hacía sentir mal esa situación. Entonces platiqué con él y al principio él me dijo que a lo único que él le temía era al abandono, o sea que en un momento dado lo fuéramos a meter a una estancia y nos olvidáramos de él. Le dije “oye pues no, no se trata de eso. Vamos a probar”.

Para que Alberto no se sienta abandonado por su familia, su hijo Salomón pasa por él todos los fines de semana para ir a desayunar o a comer, ya sea en un restaurante o en su casa. Alberto comenta que a él le parecía una buena opción ingresarse en una “casa de retiro” y que estaba familiarizado con la experiencia porque su esposa estuvo varios años internada, al preguntarle si estuvo de acuerdo cuando si hijo le propuso internarse nos comenta:

Sí, sí, claro que sí porque en casa de mis hijos prácticamente estaba solo, porque allá en México estuve poco tiempo en casa de mi hijo y salían todos a trabajar, a la escuela mis nietos y yo me quedaba solo [...] y cuando estuve aquí en San Luis en casa de mi hijo también salían todos y yo me quedaba solo. Entonces por eso también mejor opté por estar aquí, porque en una casa de estas tengo compañía, y me hacen todo, tengo casa, comida, ropa limpia y atención porque aquí las enfermeras están pendientes de nosotros.

La primera casa en la que ingresó Don Alberto fue La Mansión de los Abuelos, y allí permaneció durante tres años hasta que ésta comenzó a tener problemas y cerró porque los residentes fueron saliéndose de allí uno a uno. Antes de salir de Mansión de los Abuelos, el hijo de Alberto buscó una nueva institución para llevar a Alberto y así encontraron El Refugio, que queda muy cerca de su casa.

Actualmente los gastos mensuales relacionados con la atención de Alberto en El Refugio y con el cuidado de su salud oscilan entre los \$9,000.00 y los \$10,000.00, monto que se cubre con la pensión que recibe como jubilado del Ejército Mexicano.

Salomón percibe que a partir de la embolia que sufrió su padre tuvo un drástico cambio en su actitud ante la vida, a la que describe como una especie de abandono de sí mismo:

A raíz de que le dio la embolia, como que él estaba activo antes de que eso le pasara: se salía en las mañanas, tenía todavía qué hacer, en cuestión de trabajo, en cuestión profesional, él todavía estaba activo, uno de los cambios más importantes fue que a raíz de la embolia, como que se inutilizó, como que ya no quiso mover un dedo, como que dijo: “ya soy un viejito enfermo” y automáticamente él solito se bloqueó y ya no le causa mayor interés absolutamente nada, absolutamente nada, se inutilizó, vamos [...] Yo no sé si él mentalmente dijo: “ya estoy viejito y ya me dio una embolia, y ya no voy a mover un dedo”, y fue drástico ese cambio. A veces pienso como que él quería seguir enfermo, para ya no mover un dedo ni interesarse por nada. Ese es el cambio que yo noté importante. Ya no le preocupa nada, ya no se mortifica por nada, y así trascurren los días.

El propio Alberto comenta que él ha decidido ya no realizar ninguna actividad porque siente una especie de cansancio por todas las actividades que ya ha realizado en su vida: “Ya trabajé muchos años y ya por eso ya no quiero hacer nada. Nada más oigo música, veo televisión, leo, camino, y me la paso sin hacer nada.”

#### **5.4.- Elena: una persona que está desvalida.**

Elena lleva dos meses viviendo como residente de El Refugio, tiene 72 años de edad y quien la ingresó a la institución fue su hijo único: Eduardo. Nueve años antes de ingresar a la institución Elena sufrió un accidente vascular cerebral que le dejó serias secuelas en su salud, principalmente parálisis en las cuerdas vocales y la pérdida de movilidad en la mitad derecha de su cuerpo; cuatro años después de este accidente vascular, Elena fue diagnosticada con mal de Parkinson, debido a lo cual comenzaron a presentarse temblores en sus extremidades, principalmente en las manos. Antes de presentarse el accidente vascular y la aparición de mal de Parkinson, Elena ya tenía dificultades para caminar como parte de las secuelas que le dejó la poliomielitis cuando era niña.

Al momento de ingresar a la estancia, Elena podía trasladarse únicamente en una silla de ruedas con ayuda de una persona, requería de asistencia para

realizar todas sus actividades diarias. En palabras de su hijo: “De hecho mi mamá es ahorita una persona que está desvalida y no puede bastarse a sí misma prácticamente para nada, ni para comer, ni para vestirse, ni para caminar, precisamente por eso ella está aquí en la estancia”.

Elena trabajó en diferentes oficinas gubernamentales por lo que cuenta actualmente con tres diferentes ingresos de pensiones por parte del ISSSTE y del IMSS, los cuales se utilizan para cubrir la mayor parte de sus gastos que mensualmente son de aproximadamente \$8,000.00, siendo la mayor parte el monto designado a cubrir la cuota de la IGA. Los medicamentos que necesita periódicamente también se los proporciona el ISSSTE por lo que los gastos que realizan en este rubro son mínimos y esporádicos (en caso de que la institución no cuente en el momento con alguno de los medicamentos y tengan que comprarlo en la farmacia) aunque Eduardo considera que esto es muy raro pues “más del 90% de las veces el ISSSTE siempre nos da los medicamentos”.

Antes de ingresar a la institución Elena vivía en su casa propia, durante algunos años su hijo vivió con ella aún cuando ya estaba casado, entre él y su esposa se repartían las tareas de cuidado del hogar y de asistencia para Elena. Después de algunos meses de vivir en esta situación la pareja decidió mudarse a una casa propia, dejaron a Elena en su casa y contrataron a una señora que cubriera el papel de cuidadora, que le proporcionara asistencia diaria y que viviera con ella al menos de lunes a viernes.

La cuidadora que fue contratada por su hijo tenía como tareas diarias hacer la limpieza del hogar, comprar víveres y preparar los alimentos del día; así como asistir a Elena en sus actividades, principalmente en alimentarla, cambiarla, bañarla, asearla y asistirle en el uso del sanitario o en el cambio de pañal. Elena tuvo dos cuidadoras en un periodo de tres años, estas señoras no eran personal especializado en la atención de adultos mayores o de enfermos crónicos; su hijo las define como “personas que incluso no vivían aquí en San Luis, venían de algún municipio y alguna persona que trabajaba en la casa nos las había recomendado para acompañarla”.

Estas cuidadoras vivían con Elena y su trabajo era de 24hrs de lunes a viernes, los sábados y domingos las cuidadoras descansaban y era Eduardo quien se encargaba de asistir a su madre mediante visitas a lo largo del día en las cuales se encargaba de alimentarla, ayudarla a asearse y a utilizar el sanitario. Eduardo describe la rutina de cuidado de su madre que él llevaba a cabo los fines de semana de la siguiente manera:

Desde en la mañana darle de desayunar, llevarla al baño, darle de comer en la boca. Si necesitaba bañarse, porque a veces, no sé, se enfermaba del estómago y se batía; meterla a bañar y secarla, vestirla, quedarme con ella acompañándola. Ir a comprar comida el fin de semana, a veces preparar, casi siempre compraba algo, pero pues darle de comer, quedarme con ella, lavar trastes, llevarla a acostar y en la noche estar al pendiente de a ver a qué hora me hablaba para llevarla al baño. Fundamentalmente el problema era llevarla al baño [...] y sábado y domingo eran así, los días completitos, entonces pues no tenía yo ningún día de descanso.

Eduardo decidió que ya no podía continuar con esta rutina de cuidado porque le resultaba muy absorbente para su vida diaria por lo que decidió ingresar a su mamá en El Refugio. Elena lleva poco tiempo como residente de El Refugio, su hijo considera que ha habido cambios positivos en cuanto a la calidad de la atención que recibe, pues él no podía ofrecerle una compañía de 24 horas, ni tampoco el realizar tan frecuentemente las actividades de asistencia personal, principalmente asistirle en su higiene diaria. Eduardo identifica claramente los beneficios que el internamiento de Elena ha traído a su vida:

La verdad para mí ha sido muy bueno que ella esté aquí, porque me permite poder irme a trabajar con más tranquilidad, sabiendo que está bien atendida. O el fin de semana si tengo alguna actividad tanto de mi trabajo, como cosas personales, como cosas familiares, pues ya con mucha tranquilidad me puedo salir porque sé que ella está aquí bien atendida.

### **5.5.- Noé: apenas y podíamos los tres con él.**

Noé tiene 69 años de edad y lleva un año viviendo en El Refugio. Tiene la piel morena y es de complexión muy delgada, se traslada en una silla de ruedas pues le amputaron una de sus piernas.

En su juventud Noé trabajó como contador en diferentes instancias gubernamentales, sus trabajos duraban poco pues él tenía un problema de alcoholismo que le impedía trabajar de manera regular. Estuvo casado y tuvo dos hijas, por problemas relacionados con su alcoholismo e inestabilidad económica, su esposa decidió divorciarse de él y a partir de ello Noé dejó de tener contacto también con sus hijas y regresó a vivir a la casa de sus padres.

En total tuvo cuatro hermanos, todos varones, tres más grandes que él y uno menor. Él es el único que permaneció viviendo en casa de sus padres aproximadamente desde que tenía 37 años de edad hasta los 67, que fue cuando falleció su padre y sus hermanos decidieron ingresar a Noé en La Mansión de los Abuelos. Noé era muy apegado a su madre, cuando ella falleció a causa del cáncer en 1990 él sufrió una fuerte depresión, poco después le diagnosticaron mal de Parkinson y fue hasta que comenzó a tomar los medicamentos de control que dejó de consumir bebidas alcohólicas.

Para el momento en que falleció su madre el estado de salud de Noé ya estaba muy deteriorado, tenía Parkinson y posteriormente presentó una infección en la pierna que se había lesionado en su juventud, esta complicación ocasionó que tuvieron que amputarle la pierna izquierda, quedando así en silla de ruedas. Debido a que padece Parkinson los doctores consideraron que no era candidato a utilizar una prótesis en la pierna por lo que desde ese momento se volvió dependiente de una silla de ruedas.

Conforme fue avanzando el Parkinson, Noé fue perdiendo cada vez más movilidad y por lo tanto comenzó a requerir una mayor asistencia en sus actividades diarias. Para el año 2000 la rutina familiar en el hogar de Noé se organizaba en gran parte en torno a su cuidado diario. Uno de sus hermanos mayores, José y su hermano menor, Raúl (que era paramédico), se turnaban a lo largo del día para hacerle compañía a su padre anciano y para asistir a Noé en

todas sus actividades. José describe su rutina diaria en relación a la repartición de las tareas de cuidado de la siguiente manera:

A mí me tocó, todavía cuando trabajaba mi papá, pasar a las siete de la mañana por él para llevarlo a trabajar; después regresaba a la casa y le daba de desayunar a Noé, aprovechaba para desayunar yo también, lo levantaba y ya lo dejaba aquí sentado en la silla de ruedas y él se quedaba viendo la tele y yo me iba a trabajar. A las tres de la tarde iba yo a recoger a mi papá en su trabajo, para traerlo a la casa, si estaba la señora [la empleada que hacía el aseo] pues se quedaba con ella y entonces yo iba a la carrera por las cosas para que hiciera de comer y al medio día ya estaba la comida, llegaba mi papá a la hora de la comida y llegaba mi otro hermano porque mi hermano también trabajaba, Raúl, el que falleció. Ya me iba yo a trabajar y Raúl venía en la noche y les daba de cenar a los dos, a mi papá y a Noé; a él le tocaba darles de cenar todos los días, pero a mí me tocaba todos los días darle de desayunar a Noé y de comer a mi papá y a Noé, cuando no estaba la señora. De esa manera nos acomodábamos; llegó el momento que mi papá dejó de trabajar, entonces ya dejábamos a Noé con mi papá, no lo dejábamos completamente con la carga solo, por la noche nos quedábamos para que pudiera descansar mi papá: una noche Raúl y otra noche yo. En la mañana del día que se quedaba Raúl, se bañaba y se iba a trabajar, me los dejaba y ya llegaba yo como a las nueve y media y empezaba a preparar para darles de desayunar, mi papá se levantaba, empezaba a caminar, pues echándole ganas, le preocupaba mucho Noé.

En el 2005 el papá de Noé sufrió un derrame cerebral, después del cual quedó completamente paralizado del cuerpo, requiriendo también una asistencia constante y total para realizar sus actividades diarias. Por esta situación Raúl y José tuvieron que dedicarse a cuidar a su padre y a su hermano Noé, la situación familiar se volvió aun más complicada durante un tiempo:

Fueron dos meses muy difíciles porque con dos enfermos en casa y los dos con una atención pues que necesitaban la ayuda al 100% porque mi papá ya no podía ni hablar, nomás entonces le traje aquí una enfermera, y la enfermera lo bañaba en la cama, había que poner hule, pero en dos meses mi papá en dos meses [falleció] y por eso Noé está ahí en el asilo del Refugio, pues yo no sé si estará a gusto, o no estará a gusto, pero pues yo siento que es donde está mejor atendido, yo no puedo aquí tenerlo.

Una vez que su papá falleció, Raúl y José decidieron ingresar a Noé en La Mansión de los Abuelos. En esta institución duró pocos meses pues sus hermanos consideraron que no estaba recibiendo una buena atención ya que por falta de cambios frecuentes de posición le aparecieron llagas en el cuerpo que se le fueron agravando. Por ello decidieron buscar otra institución y lo cambiaron a El Refugio, en donde comenzaron a realizarle tratamientos para curar las llagas que llevan varios meses sin curarse por completo. Al salir de La Mansión de los abuelos, Noé enfermó de neumonía y tuvo que estar hospitalizado un tiempo, al ser dado de alta volvió a la casa de sus padres y vivió allí algunos meses, para posteriormente ingresar a El Refugio.

Los gastos mensuales relacionados con el cuidado de Noé oscilan en aproximadamente \$8,000.00, principalmente en la cuota de la institución, los pañales para adulto y algunos insumos especializados de curación para las llagas por presión. Estos gastos se cubren en su mayoría con el ingreso de la pensión que le dejó su papá a Noé por parte del IMSS, y el resto lo cubre José con sus ingresos personales. Los gastos médicos relacionados con sus consultas periódicas y sus medicinas para el mal de Parkinson le son proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que no representan un gasto adicional para su hermano José.

Cuatro meses después del fallecimiento de su padre, Raúl, el hermano menor, también falleció. José quedó solo al cuidado de Noé, lo cual volvió para él una necesidad el mantenerlo internado en El Refugio:

Ahorita ya tenemos un año que lo internamos, o que lo interné, porque falleció mi hermano el otro, pues éramos tres y apenas y podíamos los tres con él, mi papá, mi hermano más chico y yo. Ya quedarme con él solo ya, digo yo. A mí me da pena con mis hijos que pues me echan la mano cuando se necesita, porque a final de cuentas a veces se pone enfermo y hay necesidad de llevarlo al seguro social y pues necesitamos sacarlo entre dos, hay necesidad de sacarlo en ambulancia, porque ya ve que no se puede mover fácilmente. Yo soy más grande que él, tengo mi carro, sí, pero para subirlo yo no puedo, está muy pesado, incluso está más alto que yo, ya parado está más alto que yo, no pues no se puede, entonces hay la necesidad de traerlo con ambulancia.

Don José concluye que en este momento de su vida él no tiene ya otra alternativa para poder ofrecerle a su hermano Noé los cuidados que requiere debido a su delicado estado de salud: “no crea que yo me siento a gusto que mi hermano esté allá, no, yo me veo imposibilitado porque no puedo yo con él, yo soy mayor que él y todavía tengo que trabajar, se me hace triste que él esté por allá, pero no puedo hacer nada”.

#### **5.6.- Las causas del internamiento.**

En este capítulo hemos podido ver brevemente las historias de algunos de los residentes de El Refugio, en relación a los procesos que desembocaron en su internamiento. A reserva de que este es un acercamiento inicial, es posible identificar algunas de las circunstancias que han incidido en el internamiento de los adultos mayores de El Refugio.

El tipo de enfermedades que padecen los residentes de El Refugio implican un requerimiento de asistencia constante en todas las actividades de la vida diaria, incluyendo aquellas relacionadas con los aspectos más íntimos del cuidado personal del adulto mayor, lo cual implica un contacto desgastante e indeseado entre él y sus cuidadores, que además es difícil de mantener en situaciones adversas relacionadas con las condiciones estructurales que tiene la familia para realizar las actividades de asistencia.

El cuidado de los adultos mayores dependientes se realiza principalmente con los medios de la familia, tanto con sus recursos económicos como con su trabajo, ya que no existe en México un sistema de seguridad social que respalde y fortalezca la asistencia a las personas con discapacidad, por ejemplo mediante el apoyo de asistencia profesionalizada a domicilio y pensiones o estímulos económicos para cubrir los gastos de los pacientes y de los cuidadores para asegurarles una mejor calidad de vida. Es también otra dificultad para el cuidado la poca flexibilidad en el horario laboral, así como la poca disposición de los posibles cuidadores para cambiar sus estilos de vida, o el agotamiento causado por las tareas diarias de asistencia a las que terminan renunciando.

La falta de conocimientos y de disponibilidad de los familiares para realizar las tareas de cuidado pueden poner a los adultos mayores que viven en casa en riesgo de sufrir accidentes que tienen serias repercusiones en su estado de salud, como puede ser el caso de caídas o de salirse de casa y extraviarse en la calle. Aunque en la IGA también se presentan accidentes, el personal está encargado de proporcionar asistencia constante y bajo la supervisión de una autoridad común, lo que no siempre sucede en casa en donde los familiares tienen otras actividades diarias, un trabajo y otros familiares de quienes cuidar, por lo que en muchos casos la asistencia para el adulto mayor no puede ser ni exclusiva ni constante.

En relación con lo anterior, en los casos presentados dentro de este capítulo hemos podido identificar que para varios residentes el ingreso a El Refugio ha implicado cambios que han sido positivos en su salud, ya que han recibido una atención más constante y especializada que la que les era proporcionada en casa en cuanto a su alimentación, su higiene personal y la curación de heridas y lesiones.

En cuanto a los aspectos negativos que el internamiento representa en la vida de los residentes identificamos principalmente el vivir aislados y tener poco contacto con sus familiares, lo cual les genera tristeza y melancolía. En el caso de las personas que están mentalmente sanas, el estar internados en un ambiente en donde la mayoría padece algún tipo de demencia, les impide poder conversar y tener una convivencia cercana con sus pares, a pesar de que pasan todo el día juntos en el mismo espacio, como se describió en el capítulo anterior.

Hemos podido ver también que algunas de las circunstancias que imposibilitan la permanencia de los adultos mayores en su hogar se van configurando desde mucho antes de que lleguen a la vejez, como por ejemplo la falta de un trabajo formal estable que les proporcione acceso a la seguridad social y la garantía de una pensión en su jubilación, los problemas familiares que causan rupturas en las redes de apoyo, los problemas de salud en varios miembros de la familia de manera simultánea, o los problemas económicos en los que la familia pierde su patrimonio.

Es interesante ver en el caso de don Alberto (quien no tiene altos niveles de dependencia y que se encuentra mentalmente sano) que lo que incomoda a su familia es la condición de anciano retirado que ahora tiene: él ha decidido que no quiere realizar las actividades recreativas sugeridas para los adultos mayores y no hace “nada” durante todo el día. Como su familia se sentía incomoda con su presencia en casa, le propusieron llevarlo a una IGA. En El Refugio, Alberto lleva la misma rutina que llevaba en casa: permanece en su habitación viendo la tv, pero ya no es incómodo para la familia. Él paga sus propios gastos con su pensión, por lo que tampoco representa una carga económica para sus familiares, que han establecido con él una convivencia limitada y que resulta cómoda para ellos al verse únicamente algunas horas a la semana. Este último ejemplo nos puede indicar que la “incomodidad” que genera la presencia del adulto mayor en el hogar no se encuentra relacionada exclusivamente con las complicaciones de la enfermedad crónica y la discapacidad, sino también con los cambios que tiene la persona en su comportamiento y en su rol social, en comparación a cuando era más joven, productivo, más sano, o cuando no había vivido eventos traumáticos como la enfermedad o el fallecimiento de sus seres queridos y no estaba emocionalmente afectado por ello. En lugar de integrar estos cambios a la vida cotidiana, la familia prefiere alejarse para evitar la interacción incómoda con el adulto mayor. La vejez, por lo tanto, termina siendo una característica negativa e incómoda de la persona que no es posible integrar a la vida familiar o comunitaria.

En relación con lo que analizábamos en el capítulo anterior en relación al tipo de cuidados que reciben los residentes en la IGA, es interesante hacer un balance en cuanto a que, a pesar de todas las carencias de la institución, es positivo el hecho de que los residentes reciben una atención más profesionalizada en el cuidado de su salud (por ejemplo en cuanto a la administración de medicamentos, a la realización de curaciones, a la frecuencia de su higiene personal, así como en cuanto a la frecuencia y calidad de su alimentación) en relación con la que recibían en casa, de acuerdo con lo señalado por sus familiares en las entrevistas.

## CONCLUSIONES

*Cuando el león envejece hasta las moscas le atacan*  
Proverbio Chagga

La presente investigación ha buscado realizar una reflexión en cuanto a la experiencia de vivir en una institución geriátrica asilar durante la etapa final de la vida, mediante un análisis de la vida cotidiana de los adultos mayores residentes en una institución geriátrica asilar privada de la ciudad de San Luis Potosí. La importancia de este tipo de estudios reside en que permiten conocer las formas concretas en que se desarrolla la asistencia para los ancianos dependientes en este tipo de instituciones y realizar un análisis crítico sobre la misma. Lo ideal sería complementar esta información con la propia voz de los adultos mayores que reciben dicha asistencia, más no ha sido posible por ahora debido, por un lado, a que las discapacidades físicas y mentales de los residentes repercuten negativamente en su capacidad para comunicarse de manera verbal o escrita, y por otro lado, a las dificultades técnicas y metodológicas e implicaciones éticas derivadas de la potencial inclusión en la investigación de personas con este tipo de discapacidades, sumado a la relativa falta de experiencia de la investigadora respecto al trabajo con informantes en estas condiciones.

A lo largo de este trabajo se han descrito y analizado las condiciones de vida diaria de los residentes de una institución geriátrica asilar, en relación principalmente a sus actividades diarias y a los actores sociales que participan en el cuidado, así como una reflexión en cuanto a cómo se proporciona la asistencia y sus implicaciones en la vida de los adultos mayores. A continuación presento algunas reflexiones globales derivadas del análisis de la información obtenida, señalando algunos de los aspectos más relevantes que me interesa destacar como parte de los resultados y aportes de la investigación.

En primer término, me interesa señalar que el principal problema que hemos podido identificar en cuanto al tipo de asistencia que se brinda en la IGA es la falta de profesionalización del personal que desempeña dicho trabajo; con esto me refiero por una parte a la ausencia de formación especializada en cuidado para

el adulto mayor dependiente por parte del personal de la institución y por otra a la ausencia de procedimientos estandarizados e institucionalizados para ejecutar las actividades del cuidado, para tomar decisiones en relación al mismo y para resolver conflictos relacionados con el adulto mayor o con otros miembros del personal.

Esta falta de profesionalización de la asistencia que ofrece la IGA conlleva a que predominen la improvisación y los criterios personales al momento de diseñar y ejecutar las tareas de cuidado, y con ello se pone en riesgo la seguridad personal y el bienestar de los residentes. A lo largo de este trabajo hemos dado cuenta de esta falta de profesionalización con la que se desarrolla el trabajo de asistencia en la institución geriátrica asilar en lo relativo a diferentes ámbitos, algunos de los principales señalamientos al respecto son los siguientes:

1. Los espacios de la institución han sido conformados con gran improvisación y resultan sumamente inadecuados en relación con las necesidades reales de los residentes, que en su mayoría tienen muy limitada movilidad y altos requerimientos de asistencia en relación a su estado de salud física y mental. La institución está en una casa de dos pisos y debido a esta situación la seguridad de los residentes se pone en riesgo diariamente al trasladarlos de la planta baja a la planta superior, y viceversa, a través de un pequeño elevador con capacidad para dos personas (la cuidadora y un paciente en silla de ruedas). Han ocurrido accidentes en las escaleras y el elevador, el más reciente al momento del estudio fue cuando la pierna de una de las residentes en silla de ruedas y con alzhéimer quedó atrapada entre las puertas del elevador en movimiento, por un descuido de la cuidadora que la transportaba junto con otros residentes. Las condiciones materiales de la IGA son bastante precarias en relación con el costo de la mensualidad, que puede decirse es de sectores medios y no precisamente es de las más costosas que hay en la ciudad.

2. Un punto central en cuanto a la falta de profesionalización en la asistencia que ofrece la IGA a sus residentes es la falta de capacitación que tiene el personal para realizar sus tareas cotidianas y las grandes limitaciones para resolver problemas cotidianos relacionados con el cuidado. En la institución se parte de la premisa de que un cuidador realiza bien su trabajo principalmente gracias a sus cualidades personales, especialmente su “buen carácter”, “buena voluntad”, “disponibilidad” y su paciencia para con los residentes, sin tomar en cuenta que se requeriría de un determinado nivel de capacitación y adiestramiento técnico que permitieran una preparación y formación en el personal a fin de brindar una aceptable o adecuada asistencia a los adultos mayores y especialmente para aquellos con altos niveles de dependencia. La repartición de las tareas entre los miembros del personal cambia constantemente y en ocasiones la motivación para dichos cambios provoca discusiones internas y pleitos personales entre los miembros del personal, sin tomar en cuenta las necesidades de los residentes ni el tipo de trabajo que cada quien esté mejor capacitado para realizar.

3. La planeación de las actividades recreativas que realizan los residentes y del menú que conforma su dieta diaria se desarrolla sin tener una asesoría profesional, desde los conocimientos básicos de enfermería y de geriatría que tiene el personal, y sin el apoyo de geriatras, nutriólogos, fisioterapeutas u otro tipo de especialistas. Las actividades recreativas en particular se van planeando sobre la marcha y con un enfoque “infantilizante”, es decir, buscando para los residentes actividades que culturalmente se asocian con la educación formal de los niños pequeños como por ejemplo iluminar figuras de personajes de caricaturas infantiles con crayones, hacer marcos de fotos con piezas de sopa de pasta o jugar lotería. Me parece que se implementan dichas actividades porque el personal encargado de este ámbito no cuenta con la preparación profesional necesaria para poder diseñar actividades propias para los residentes, tomando en cuenta su edad, sus intereses y sus capacidades físicas y mentales, por lo que lo más sencillo es recurrir a una

especie de analogía entre una IGA y una guardería, para entretener a los residentes con colores, recortes y manualidades.

4. Los expedientes de los residentes se organizan y administran con la misma improvisación y falta de profesionalización, es decir, sin tener un sistema para archivar y proteger su información personal, ni siquiera una base de datos general o un respaldo del original de cada expediente. Los cuestionarios de ingreso son llenados en varias ocasiones por cuidadoras que tienen muy poca escolaridad, por lo tanto se encuentran llenos de vacíos y de párrafos con redacciones prácticamente incomprensibles; es así que la información necesaria para comprender los antecedentes personales, laborales, la historia clínica u otros aspectos que permitan al personal conocer mejor a los residentes y con ello posibilitar una atención más personalizada, simplemente no es un aspecto que resulte relevante para el funcionamiento de la institución. Este hecho nos muestra que el formato de ingreso es una mera formalidad y que no se recurre al expediente del adulto mayor más que para buscar el teléfono de contacto de los familiares en caso de presentarse alguna emergencia o requerimiento relacionado con el residente.

5. El control de los tratamientos médicos también se lleva de manera poco sistemática, se administran los medicamentos “de memoria” por parte del personal, y en varias ocasiones se van agregando sobre la marcha remedios caseros sin contar con un diagnóstico médico actualizado sobre la salud del residente. Los tratamientos médicos se aplican en las habitaciones donde duermen los residentes o en el salón de usos múltiples, pues la IGA no cuenta con un consultorio para dichos fines, una muestra más de su falta de profesionalización.

Estos aspectos y otros que hemos ido analizando a lo largo del trabajo nos indican que, a pesar de ser una institución que centra su cuidado en el tratamiento paliativo para adultos mayores dependientes, la IGA opera con una total

informalidad en cuanto a la administración y gestión del cuidado y la asistencia, lo cual en primera instancia pone en riesgo la seguridad de los residentes de muchas maneras.

Ello nos lleva a inferir que actualmente, a este tipo de establecimientos no se les exigen condiciones mínimas para operar, como por ejemplo contar con instalaciones amplias, adecuadas a las necesidades físicas de los residentes y con requerimientos específicos en cuanto a cuántos residentes puede haber por habitación; o la exigencia de que el personal contratado para asistir a los residentes cumpla con cierta formación profesional especializada y el requisito básico de contar con un consultorio para atender a los residentes, entre otras condiciones. Lo anterior permite la proliferación de IGA particulares que tienen el lucro como su principal objetivo, sin tomar en cuenta la dignidad de los residentes y privilegiando la comodidad de los familiares en cuanto a brindarles todas las facilidades posibles para descargar la responsabilidad del cuidado en la institución (pues a final de cuentas ellos son los “clientes” que pagan por el servicio). Un ejemplo lo podemos encontrar en una IGA particular de reciente apertura en la ciudad de San Luis Potosí, que cobra \$20,000.00 mensuales<sup>30</sup> y ofrece entre sus servicios a los familiares la vigilancia remota del residente a través de una cámara en su habitación a la que se puede acceder a través de un sitio de internet. Lo anterior se hace bajo la justificación de que de esta manera, los familiares pueden verificar en cualquier momento que el residente está seguro en la IGA, pero en ningún momento se toma en cuenta el derecho de los adultos mayores a la intimidad y la privacidad; lo que en cierto modo evidencia una despersonalización del adulto mayor dependiente y una tendencia a ser considerados más como “sujeto-objetos” del negocio.

Evidentemente resulta necesario y urgente realizar muchas mejoras en cuanto a las condiciones en que operan estas instituciones; pero también es necesario cuestionar las razones por las cuáles no se han hecho estas mejoras y por qué no se intenta prestar un servicio digno para los adultos mayores

---

<sup>30</sup> Lo equivalente a \$1,662.00 USD, aproximadamente.

residentes. Es notable la ausencia de regulación y supervisión por parte de las autoridades correspondientes que verifiquen las condiciones de funcionamiento de dichas instituciones y que, de ser correspondiente, las sancionen en caso de incumplimiento.

Hasta este momento el lector se podrá preguntar ¿por qué entonces los familiares de los adultos mayores los llevan a estas instituciones con evidentes carencias operativas y en condiciones cotidianas deshumanizantes? Independientemente de los cuestionamientos morales que esta pregunta puede generar en cuanto a la ruptura de la reciprocidad entre generaciones o de la ingratitud de los hijos hacia sus padres ancianos, es necesario contextualizar a fin de comprender mejor las racionalidades que operan en esta decisión haciendo un matiz respecto a las alternativas de cuidado que pudimos identificar en las historias de los residentes de El Refugio. Como se ha presentado en el Capítulo 5 relativo a algunas historias representativas sobre las causas del internamiento de los residentes, las familias no le podían ofrecer al adulto mayor en sus casas condiciones mucho más favorables, ni materialmente ni en cuanto a la calidad y la frecuencia de la asistencia diaria. Así lo pudimos ver en el caso de Raquel, quien sufrió serios accidentes en casa que pusieron en riesgo su salud y su vida, o en el caso de Lucía que vivía en condiciones denigrantes, insalubres e inseguras cuando estaba bajo el cuidado de uno de sus hijos. Estos ejemplos nos indican que las alternativas de cuidado que tenían los residentes antes de ingresar a la IGA no eran las mejores y que en varios casos, a pesar de las grandes carencias operativas, el internamiento en El Refugio ha representado una relativa mejoría en la calidad de vida del adulto mayor.

En los casos analizados, había una imposibilidad por parte de las familias de continuar atendiendo al adulto mayor en sus casas, ya sea por limitación de tiempos disponibles, personas encargadas de cuidar y atender, espacios físicos suficientes y/o por situaciones conflictivas derivadas de la presencia del adulto mayor en casa que implicaban dinámicas y relaciones intrafamiliares que dificultaban su asistencia. En todos los casos se evidenciaba una poca o nula disposición de recursos humanos, físicos, materiales, emocionales y a veces

económicos que permitiesen continuar con el cuidado y la asistencia del adulto mayor o que la dificultaban de tal forma que la hacían insostenible.

Estas reflexiones nos conducen hacia la conclusión angustiante de que las alternativas de asistencia para los adultos mayores en nuestro país son muy pocas y tal vez sean pocas las que presentan condiciones óptimas para cubrir las necesidades específicas de este grupo; la situación se agrava cuando hablamos de adultos mayores con serios problemas de salud y discapacidades físicas y/o mentales. Los adultos mayores de clase media y sus familias encuentran en la IGA una alternativa viable en cuanto a su costo económico y en cuanto a la comodidad que puede representar para la familia el delegar la responsabilidad del cuidado en un tercero, quien supuestamente cuenta con la preparación y las herramientas para cuidar de manera profesional al residente.

En México, a nivel de políticas públicas, podemos señalar que no existen apoyos reales para las familias que cuidan de un adulto mayor dependiente en casa, ni educación al respecto, por lo que quienes están en esta situación pueden sufrir graves accidentes en su propio domicilio. En este trabajo vimos algunos ejemplos de estos accidentes: caídas que generan fracturas u otro tipo de lesiones graves, descuidos de los familiares que desembocan en que el adulto mayor se extravíe en la ciudad, o la aparición de lesiones debido a la falta de conocimientos en cuanto a cómo realizar las tareas de asistencia. Actualmente es mucho más costoso y más complicado tratar de mejorar el cuidado que se ofrece en casa que recurrir al internamiento en alguna institución; de esta manera se refuerza la creación de IGA privadas con poca profesionalización y un sistema de operación semi-profesional e improvisado.

En los testimonios de los familiares pudimos ver cómo es difícil y costoso contratar a un cuidador profesional a domicilio (por ejemplo, enfermeras) que se encargue de asistir al adulto mayor, a falta de una profesionalización del cuidado se termina contratando a cuidadores con poca o nula preparación al respecto. En este rol encontramos principalmente a mujeres jóvenes y de origen humilde y rural, quienes sin ningún tipo de formación al respecto se encargan de asistir al adulto mayor en sus actividades diarias y sus necesidades específicas en relación

a la discapacidad física y/o mental, además de encargarse de realizar el mantenimiento y la limpieza del hogar y de preparar los alimentos.

Con lo planteado hasta ahora deseo insistir en que el cuidado de los adultos mayores dependientes no se trata únicamente de una responsabilidad individual, es una tarea que no requiere únicamente de amor, disposición y compromiso por parte de la familia, requiere también gastos significativos en tratamientos médicos especializados e implementos para llevar a cabo los tratamientos necesarios, requiere de diagnósticos certeros y de educación para los cuidadores sobre cómo atender a los pacientes y cómo enfrentar las dificultades de dicha tarea, requiere de adaptaciones en las viviendas para que sean espacios seguros para el adulto mayor, requiere del tiempo necesario para realizar el cuidado; y todo esto no depende únicamente de que un hijo tenga una actitud recíproca y amorosa hacia sus padres, sino también de un sistema de seguridad social que busque atender las necesidades reales y específicas de este grupo.

Hasta este momento podemos concluir que la experiencia de vivir en una institución geriátrica asilar tiene varios aspectos negativos; en el caso de El Refugio pudimos identificar el hacinamiento, la convivencia forzada y la exhibición involuntaria del residente en la vida cotidiana, situaciones de maltrato y negligencia por parte de las cuidadoras hacia los residentes, condiciones poco higiénicas de vivienda y escaso contacto con el mundo exterior.

Las IGA se encuentran, por lo tanto, lejos de ser una alternativa ideal de asistencia para los adultos mayores dependientes, como veíamos en este trabajo. Algunos autores [Pantélides, 1988; Buendía, 1998; Cava y Musitu, 2000; Valdivieso, 2002; Antequera-Jurado, 1998; Robles, 2008] señalan las repercusiones negativas que este tipo de residencia puede tener en la salud y el ánimo de los adultos mayores, al ser una separación tanto real como simbólica de la sociedad y una alternativa que violenta sus vidas al separarlos de lo que hasta ese momento habían conocido y amado.

La IGA tiene algunas de las características de la “institución total” definida por Goffman [2004] principalmente en cuanto a que todos los ámbitos de la vida del residente se desarrollan al interior de la institución y que ésta lo separa del

mundo exterior y regula su contacto con el mismo. La separación del mundo exterior que realiza la IGA es definitiva, pues es muy poco probable que el residente vuelva a su hogar después del internamiento y allí esperará la muerte. En relación a que la IGA concentra en su interior todos los ámbitos de la vida diaria de los residentes, es significativo lo que la planeación y el desarrollo de la misma nos muestra respecto a lo que se considera necesario para los adultos mayores: una silla de ruedas, una cama y un pequeño espacio para estar, rodeados todo el tiempo de otros residentes; las prohibiciones son también significativas: no tener dinero, ni posesiones materiales a excepción de un poco de ropa y sus medicamentos.

Cuando la institución parte de la noción de que los residentes no necesitan espacio, ni privacidad, ni explicaciones acerca de su cuidado, nos muestra que no los considera ya como personas “completas”, una visión deshumanizante en la que no se toma en cuenta que tienen pudor o sentimientos, que puedan quejarse o resistirse, su fragilidad es inmensa y por lo tanto ahora son “sujetos-objetos” de cuidado; la IGA nos expone así cuál es el lugar social de los residentes.<sup>31</sup> Como institución total, la IGA concentra en su interior todos los ámbitos de la vida del adulto mayor, e incluso el ámbito de la muerte, y a partir del análisis de un caso concreto es posible esbozar cómo las carencias en cuanto a la planeación y ejecución de las tareas de cuidado refleja el papel que tienen los adultos mayores

---

<sup>31</sup> En relación a la percepción sobre la discriminación hacia los adultos mayores en México, es interesante ver los resultados de la “Encuesta Nacional sobre Discriminación en México” que realizaron la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en 2005, de la cual se desprenden algunos datos relevantes, por ejemplo: que la mayoría de los encuestados (el 40.5%) consideraron que los adultos mayores son el grupo más desprotegido en México, que son quienes más sufren por su condición (35.6%) y que son el grupo que necesita más atención por parte del gobierno (53.7%). En este mismo documento se analizan por separado las respuestas de los adultos mayores, es relevante que los primeros tres derechos que los adultos mayores encuestados consideran que no se les respetan en nuestro país son: tener un trabajo con pago justo (80%), tener una vejez digna (70.5%) y el derecho a tener seguridad social (67.4%). La gran mayoría (el 88.4%) considera que en México hay discriminación hacia los adultos mayores y poco más de la mitad considera que tiene pocas posibilidades de mejorar sus condiciones de vida actuales (58.8%). Además el 40.4% se sintió identificado con la afirmación “a veces me siento eliminada de la sociedad” y poco más de la mitad consideró que recibe menos protección que los otros miembros de su hogar (50.8%). Por último, el 58.5% considera que lo más importante para diseñar políticas sociales es que se atiendan las necesidades básicas de las personas mayores sin importar su situación económica [SEDESOL, CONAPRED, 2005].

en la sociedad, y por lo tanto, destacar que el papel actual que tiene la IGA es principalmente de mantenerlos en sus instalaciones mientras su salud se sigue deteriorando y se acercan a la muerte.

La IGA privada en México lucra con la vulnerabilidad de los adultos mayores, con su enfermedad y su sufrimiento, y lo puede hacer a falta de alternativas gratuitas y dignas de atención para ellos. Lo puede hacer porque la asistencia para los adultos mayores dependientes no es considerada como un servicio de salud al que todos tenemos derecho, sino como una carga para la familia, que unos cuantos tienen el privilegio de costear.

El envejecimiento de la población en términos demográficos ha planteado la necesidad de analizar desde diferentes ámbitos las problemáticas específicas de los adultos mayores y de buscar alternativas para que la población pueda tener una vejez digna. En este sentido, a nivel internacional, las principales metas que se plantean actualmente las políticas para la atención de los adultos mayores se centran en tres puntos principales: garantizar la seguridad económica de los adultos mayores, brindarles atención a la salud y promover entornos incluyentes [MONTES DE OCA, 2010, p.172]. Este último punto parte del hecho de que los adultos mayores conforman un grupo vulnerable a la discriminación, el abandono, el maltrato y la pobreza. Las tres metas para la atención de los adultos mayores se encuentran encaminadas a permitir que éstos puedan vivir una vejez autónoma y que tengan un lugar digno en la sociedad. El internamiento en instituciones geriátricas asilares no es una medida recomendable para proporcionar asistencia a los adultos mayores dependientes pues una de sus funciones es separarlos de la vida social; sin embargo en vista de las condiciones actuales de muchos adultos mayores la IGA paradójicamente, puede llegar a representar una mejora real en la calidad de vida del residente, ya sea porque éste no tiene otro lugar en donde vivir o porque tiene condiciones muy desfavorables en su lugar actual de residencia que ponen en peligro su salud e integridad.

En los países de América Latina, el envejecimiento de la población de los estratos subalternos socioeconómicamente se desarrolla en condiciones de baja escolaridad, pobreza y con grandes carencias en el sistema de seguridad social

para toda la población, condiciones de vulnerabilidad que se agravan en el caso de los adultos mayores que en su mayoría no cuentan con pensiones de jubilación o de vejez y que, a excepción de una pequeña élite, la mayoría tampoco cuenta con las condiciones materiales mínimas para subsistir.

La vejez se encuentra también estrechamente relacionada con la pobreza; cifras oficiales recientes indican que en México el 82% de la población adulta mayor vive en condiciones de pobreza. Mientras que en los países desarrollados los ciudadanos cuentan con seguridad social a lo largo de toda su vida, incluyendo la vejez, en nuestro país no contamos con seguridad social aún cuando no estemos en situaciones de gran vulnerabilidad tanto económica como social.

La pobreza aumenta la vulnerabilidad de los adultos mayores, pero una buena condición económica tampoco garantiza que tengan condiciones dignas en su vejez y en caso de padecer discapacidades y requerir asistencia constante como pudimos ver en el caso analizado en este trabajo, que se enfocó en adultos mayores de clase media. Los residentes de El Refugio cuentan con pensiones de jubilación, seguro médico, muchos de ellos son dueños de su casa e incluso el servicio que reciben en la institución se paga con sus propios recursos. En su caso, la enfermedad y la discapacidad los han vuelto vulnerables a la institucionalización; el tipo de asistencia que requieren, además de ser muy especializada, implica una gran inversión de tiempo y energía, que sus familiares no siempre están dispuestos a invertir o que no pueden sostener por más tiempo.

Estos datos indican también que los servicios que ofrece actualmente la seguridad social no son los suficientes para atender los padecimientos de los adultos mayores, en términos de sus requerimientos específicos de asistencia diaria. Lo que nos plantean a grandes rasgos estos datos es que las bases para construir una vejez digna en México son frágiles y las condiciones son adversas.

Independientemente del contexto socioeconómico, la institucionalización está considerada siempre como una de las alternativas de cuidado menos deseables para los adultos mayores. La violencia simbólica que representa el ser expulsado del grupo familiar e internado en una institución llena de adultos mayores enfermos y/o agonizantes convierte a la IGA en un lugar estigmatizado

por el conjunto de la sociedad: representa el abandono, la falta de amor de los hijos hacia sus padres, el encierro y la antesala de la muerte en soledad.

Mediante este trabajo espero haber ofrecido una aproximación al tipo de asistencia que brinda la institución geriátrica asilar, así como una reflexión acerca de las dificultades que enfrentan los adultos mayores dependientes y sus familias. La importancia de poner atención en esta problemática se ha vuelto urgente debido al aumento proporcional que tendrá este grupo de la población en los próximos años, y a las dificultades que enfrentarán cada vez más familias que tendrán que atender la dependencia de los adultos mayores valiéndose de pocos recursos materiales y humanos para brindarles asistencia.

Es importante también reflexionar al respecto porque el trato que se da a los miembros más frágiles de una sociedad, nos habla mucho de los problemas y las carencias que hay en la misma: ¿en quién reside la obligación de cuidar de ellos y cómo se está asumiendo dicha responsabilidad? ¿qué nos dicen sobre nuestra sociedad las condiciones de vida tan deplorables que tienen actualmente los adultos mayores? Es necesario desarrollar todas las acciones posibles para ofrecerle a los viejos mejores condiciones de vida y servicios de asistencia de calidad, por el simple hecho de que todos los seres humanos tenemos el derecho de vivir con dignidad y plenitud, sin importar nuestra edad ni cuánto tiempo más nos quede en esta vida.

## BIBLIOGRAFÍA

Antequera-Jurado, Rosario y Blanco Picabia, Alfonso, "Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano", en Salvarezza, Leopoldo, *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, Editorial Paidós, Argentina, 1998, pp. 95 - 124.

Anzola Pérez, Elías, *Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina*, Sinopsis Informativa 1/91, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Diciembre de 1991.

Barfield, Thomas (ed.), *Diccionario de Antropología*, México, Siglo XXI Editores, 2000

Buendía, José y Riquelme, Antonio, "La experiencia depresiva en residencias geriátricas", en Salvarezza, Leopoldo, *La vejez. Una mirada gerontológico actual*, Editorial Paidós, Argentina, 1998, pp. 355 – 377.

Cantón y Mena, Raúl Jesús, "...No por viejo, sino por pobre" *Representaciones y prácticas en torno a las pérdidas materiales, sociales y de salud que se presentan durante el proceso de envejecimiento (casos de La Merced D.F.)*, Tesis de Maestría, CIESAS, México D.F, Abril de 1998.

Cava, María Jesús y Musitu, Gonzalo "Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados", en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Año 2000, Vol. 10, No. 4, pp. 215 - 221.

CONAPO, *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. Por una sociedad de todas las edades*, Consejo Nacional de Población, México, 1999. Consultado en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/envejeci.pdf>

CONAPO, *La población de México en el Nuevo Siglo*, Consejo Nacional de Población, México, 2001. Consultado en línea en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=290&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=290&Itemid=15)

CONAPO, *Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI*, Consejo Nacional de Población, México, 2004. Consultado en línea en:  
[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=340&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=15)

CONAPO, *La situación demográfica de México 2008*, Consejo Nacional de Población, México, 2008. Consultado en línea en:  
[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=269&Itemid=344](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=344)

CONAPO y SEGOB, *28 de Agosto: Día del Adulto Mayor*, Comunicado de prensa 23/2009, México D.F., 28 de Agosto de 2009.

CONAPO y SEGOB, *Población adulta mayor de México se mantiene activa*, Boletín No. 23/2010, México D.F., 30 de Agosto de 2010.

Fericgla, Josep, *Envejecer*, España, Editorial Herder, 2002

Ginn, Jay y Arber, Sarah, “Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento”, en Arber & Ginn, *Relación entre género y envejecimiento*, Madrid, Narcea S.A. Ediciones, 1994, pp.17-34.

Goffman, Erving, *Internados*, Argentina, Amorrortu Editores, Octava reimpresión, 2004.

Hazan, Haim, *Old Age Constructions and Deconstructions*, Cambridge University Press, 1994.

IMSERSO, *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2005. Consultado en su versión electrónica disponible en:  
[http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/may\\_libroblanco.html](http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/may_libroblanco.html)

INAPAM, *Mujeres adultas mayores en México*, Comunicado No. 15, México DF, Marzo 08 de 2011.

JACOBS, Jerry, *Fun City. An Ethnographic Story of a Retirement Community*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1974.

*Larousse de los mayores*, España, Larousse, 2002.

Martin Matthews, Anne y Campbell, Lori D., “Roles de género, empleo y asistencia formal”, en Arber & Ginn, *Relación entre género y envejecimiento*, Madrid, Narcea S.A. Ediciones, 1994, pp. 183 – 201.

Montes de Oca Zavala, Verónica, “Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo”, en *Renglones, Revista arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, Núm. 62, Marzo - Agosto 2010, Universidad Jesuita de Guadalajara, México, pp. 159 - 181.

Moragas Moragas, Ricardo et al., *El coste de la dependencia al envejecer*, Editorial Herder, España, 2003.

Newman, Stanton, “Consecuencias psicológicas de accidentes cerebrovasculares y de lesiones en la cabeza” en Fitzpatrick, Ray (et al.), *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1990, pp. 199-223.

Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, 2001.

Pantelides, Edith Alejandra (ed.), *Servicios sociales para la tercera edad en el aglomerado del Gran Buenos Aires*, Informe final, Tomo II, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población (CENEP), 1988

Quintanar Olguín, Fernando, *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México*, México, Plaza y Valdez Editores, 2000

Rodríguez Rodríguez, Pilar, “El problema de la dependencia en las personas mayores”, en Moragas Moragas, Ricardo (Editor), *El reto de la dependencia al envejecer*, España, Editorial Albor, 1999. pp. 197 – 230.

Robles Silva, Leticia (et al.), *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, México, Editado por El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdés, 2006.

Robles Silva, Leticia y Vázquez - Garnica Elba Karina, “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar”, en *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol. 17 Núm. 2, Abril –Junio 2008, pp. 225- 231, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

Robles Silva, Leticia, “Para investigar la vejez: desafíos y alternativas durante el trabajo de campo”, en *Renglones, Revista arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, Núm. 61, Septiembre 2009 – Marzo 2010, pp. 129 – 138, Universidad Jesuita de Guadalajara, México.

SEDESOL y CONAPRED, *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, 2005. Consultado en línea:  
[http://www.conapred.org.mx/bibliotecav/Primera\\_Encuesta\\_Nacional\\_Sobre\\_Discriminacion\\_en\\_Mexico.html](http://www.conapred.org.mx/bibliotecav/Primera_Encuesta_Nacional_Sobre_Discriminacion_en_Mexico.html)

Touseland W., Ronald, Smith C., Gregory y McCallion, Phillip, “Supporting the Family in Elder Care”, en Smith C., Gregory et al. (ed.), *Strengthening Aging Families*, Estados Unidos, SAGE Publications, 1995, pp. 3-24.

Valdivieso, C. Et al., “Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria”, *Revista Motricidad*, 2002, No. 8, pp. 95 – 110.

Vázquez Palacios, Felipe, “Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México”, *Papeles de Población*, Enero – Marzo 1999, Número 019, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, pp. 65-75.