



ENTRE PÉRDIDAS Y ADQUISICIONES

Un estudio sobre procesos de
desocialización y resocialización en
un contexto de internación geriátrica



Facultad de Humanidades y Ciencias
Universidad Nacional del Litoral

Autora: LUCÍA BILLOUD
Director: ERNESTO MECCIA
Fecha: Abril 2017
Lic. en Sociología

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

TESINA

ENTRE PÉRDIDAS Y ADQUISICIONES

Un estudio sobre procesos de desocialización y resocialización en
un contexto de internación geriátrica

AUTORA

LUCÍA BILLOUD

DIRECTOR

ERNESTO MECCIA

ABRIL 2017

A mi abue Inés

*A mi familia por el impulso de la empatía
a la amistad profunda que me dio el mundo universitario
a mis amigas de siempre por la compañía
a Iván y Cecilia por sus lecturas críticas, constructivas e inspiradoras
a Ernesto por su entusiasmo, dedicación y guía en este trabajo
a mis entrevistados por confiarme sus historias.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I	7
EL PROBLEMA: LA VEJEZ INSTITUCIONALIZADA EN SANTA FE	7
1.1. INTRODUCCIÓN	7
1.2. OBJETIVOS	9
1.3. METODOLOGÍA	10
1.4. CONTEXTO CONCEPTUAL	14
1.4.1. EL ENVEJECIMIENTO Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	15
1.4.2. EL PARADIGMA DEL CURSO DE LA VIDA	16
1.4.3. TRANSFORMACIONES IDENTITARIAS	17
1.4.4. LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA	18
1.4.5. LAS ADQUISICIONES VÍA RESOCIALIZACIÓN EN LA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA	19
1.5. ESTADO DEL ARTE	21
1.5.1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO	21
1.5.2. VEJEZ INSTITUCIONALIZADA	23
1.5.3. ENFOQUE SOCIOLOGICO INSTITUCIONAL	26
CAPITULO II	29
EL ESPACIO DE OBSERVACIÓN: HOGAR DE ANCIANOS “SAN VICENTE DE PAUL”	29
2.1. LOS ADULTOS MAYORES EN DATOS	29
2.2. LA VEJEZ EN ARGENTINA Y SANTA FE	30
2.3. INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	30
2.4. HOGAR DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAUL	31
2.4.1. HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN	31
2.4.2. INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS	32
2.4.3. COMPOSICIÓN DEMOGRÁFICA	34
2.4.3.1 EL PERSONAL	34
2.4.3.2. LOS RESIDENTES	35
2.4.4. ANÁLISIS ESPACIAL. NOTAS Y REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO DE CAMPO	38
2.4.4.1. INGRESO AL MUNDO INSTITUCIONAL	39
2.4.4.2. HABITACIONES	40
2.4.4.3. ‘¿DÓNDE ESTOY?’	42
2.4.4.4. ESPACIOS COMPARTIDOS	43
2.4.4.5. ESPACIOS DEL PERSONAL	46
2.4.5. PALABRAS FINALES	48
CAPITULO III	50
EL PROCESO DE DESOCIALIZACIÓN INSTITUCIONALIZADO	50
3.1. SEPARACIÓN CON EL EXTERIOR	53
3.2. PÉRDIDA DE LA SINGULARIDAD	55
3.3. PÉRDIDA DE INTIMIDAD Y PRIVACIDAD	57

3.4. PÉRDIDA DE CAPACIDADES	60
3.5. MERMA DE RELACIONES SOCIALES	61
3.6. NUEVA RUTINA DIARIA INSTITUCIONALIZADA: UN DOMINGO ETERNO	63
3.7. LAS DESPOSESIONES INSTITUCIONALIZADAS	65
3.8. NUEVA TEMPORALIDAD	66
3.9. MI OTRO YO	70
3.10. CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA DEL ADULTO MAYOR	73
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	76
3.11. COMENTARIOS FINALES	76

CAPITULO IV **80**

LAS ESTRATEGIAS DE RESIGNIFICACIÓN IDENTITARIA EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS **80**

4.1. LAS INTERACCIONES SOCIALES	83
4.1.1. "RELACIÓN ENTRE CO-RESIDENTES"	83
4.1.2. "RELACIÓN DE COMPAÑERISMO FRATERNAL" (GOFFMAN, 2009:276)	83
4.1.3. "RELACIÓN DE AMISTAD O CAMARILLA"	84
4.1.4. "RELACIÓN DE PAREJA: ATRACCIÓN ERÓTICA O GALANTEO" (GOFFMAN, 2009:277)	84
4.1.5. "INTEGRACIÓN AL VÍNCULO FAMILIAR"	88
4.2. LA COTIDIANA SÁTIRA REAL	92
4.3. TIEMPO LIBRE Y SOBERANÍA DEGUSTATIVA	98
4.4. NUEVOS HORIZONTES DESEABLES	101
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	104
4.5. CONCLUSIONES	104

CAPITULO V **107**

¿CÓMO "SON" LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS? LAS REPRESENTACIONES DEL PERSONAL **107**

5.1. LA COTIDIANA RUTINA DE LOS ADULTOS MAYORES	110
5.1.1. INSTITUCIÓN GERIÁTRICA: EL NUEVO HOGAR	111
5.1.2. LA ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL DEL ADULTO MAYOR	112
5.1.3. ADULTOS MAYORES Y ACTIVIDADES RECREATIVAS	113
5.1.4. VÍNCULOS ENTRE ADULTOS MAYORES Y EL PERSONAL	115
5.1.5. EL ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA	116
5.2. LA IMAGEN DEL ADULTO MAYOR	118
5.3. SERVICIOS SOCIALES DE LA FUNCIÓN GERIÁTRICA	122
5.4. EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES	124
5.4.1. EL TRABAJO CON PERSONAS	125
5.4.2. TRABAJO DE CUIDADO: LABOR DE MUJERES	127
5.4.3. EL CUIDADO GERONTOLÓGICO	128
5.5. EL CUIDADO CORPORAL Y EMOCIONAL	131
5.6. LÍNEAS FINALES	134

CAPÍTULO VI **137**

CONCLUSIONES	137
BIBLIOGRAFÍA	143
ANEXO 1	148
UN DÍA EN EL TALLER DE MEMORIA	148
ANEXO 2	151
REGLAMENTACIONES	151
ÍNDICE DE FIGURAS	
FIGURA 1: LAS DESTITUCIONES INSTITUCIONALES	76
FIGURA 2: ESTRATEGIAS DE RESIGNIFICACIÓN IDENTITARIA	103
FIGURA 3: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA VEJEZ	134
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	
ILUSTRACIÓN 1: COMEDOR	148
ILUSTRACIÓN 2: PATIO INTERNO	149
ILUSTRACIÓN 3: PATIO TRASERO	149

Capítulo I

El problema: la vejez institucionalizada en Santa Fe

1.1. Introducción

La presente investigación pretende realizar una reflexión sociológica en torno a la experiencia del envejecimiento de adultos mayores que están viviendo en un contexto de internación. Asimismo, las características de dicha experiencia serán indagadas en las representaciones sociales y prácticas que tienen los residentes y el personal de la institución geriátrica.

El envejecimiento de los adultos mayores socialmente considerado constituye, en primera instancia, un proceso objetivo de des-socialización, de destitución de roles de interacción, cotidaneidades, de la identidad personal y de pérdidas del control sobre distintos aspectos de la vida y de sus intereses. Todo ello en relación con la existencia de formas sociales imaginarias y prácticas familiares e institucionales que convergen en pensar a la vejez como un momento de la vida despojante de aptitudes de todo tipo.

Sin embargo nuestro estudio no se detiene en el análisis de la desocialización. Justamente pretende aportar en un aspecto comparativamente menos estudiado por la sociología y la gerontología: los procesos de resocialización y de adquisición de recursos relacionales e identitarios aún dentro del contexto de la internación. A la pregunta ¿qué pierden los adultos mayores internados? Le agregamos: ¿qué pueden “ganar”, que pueden adquirir en un geriátrico, producto de la interacción entre pares?

La inclinación reflexiva presentada ha surgido de una serie de observaciones dentro de un establecimiento geriátrico de Santa Fe, donde se pudo observar la gestión de ciertas relaciones inter-personales que denotan grados de alternatividad relacional y perspectiva respecto de las imposiciones des-socializantes de la institución geriátrica y del entorno social en general.

El foco de la investigación se detendrá en la experiencia del envejecimiento, el cual es un proceso conformado por representaciones y prácticas generadas por diversos sujetos sociales (institucionales, grupales e individuales) situados en contextos sociohistóricos particulares.

En la presente investigación elegimos la institución geriátrica como espacio donde algunos miembros de la sociedad viven la experiencia del envejecimiento. Nos proponemos

indagar, específicamente, sobre la vida de un grupo de adultos mayores que desarrollan su cotidianeidad en una institución geriátrica de tiempo completo. La exploración sobre la vida de estos sujetos, será realizada acentuando nuestra mirada en las representaciones, significados y prácticas asociados al envejecimiento.

Referirnos a instituciones geriátricas en la ciudad de Santa Fe implica acudir a la ordenanza n° 9378 del año 1991, en la cual se establece que *“será considerado geriátrico a todo establecimiento privado con o sin fines de lucro, dedicado exclusivamente al albergue de ancianos para su alojamiento, reposo, cuidado y asistencia.”* (art. 1). Asimismo, desglosa a las instituciones geriátricas de categoría A, la cual nos compete en nuestro caso, en donde dispone: *“son los establecimientos geriátricos destinados a la internación de ancianos dependientes y semidependientes que requieren una asistencia especial debido a incapacidades motrices, sensoriales u otras, o a enfermedades propias a su condición. El grado de dependencia se lo acreditará de acuerdo a lo que estable la Ley 9847/86.”* La ley referida corresponde a una normativa sobre salud a nivel provincial. También pudimos encontrar en la misma ordenanza ciertas disposiciones sobre habitaciones (no más de cuatro personas), espacios internos y externos, escaleras, pisos, áreas comunes y cubiertas, ataúdes, etc.

Las instituciones geriátricas están formadas en la actualidad según el paradigma asilar que sostiene como objetivo otorgar un espacio de cuidados de la salud y vivienda para adultos mayores vulnerables y frágiles que precisan de compañía constante. Dicho modelo implica la idea de un sujeto débil y enfermo, centrado en el cuidado de la salud física y con la reproducción de prácticas que enfatizan la dependencia aún mayor de los residentes. El desarrollo de la gerontología actual dio lugar a una serie de investigaciones que realizan una crítica de este modelo evidenciando las consecuencias negativas que tiene sobre los destinatarios del cuidado, y proponiendo estrategias de organización de las instituciones que tengan un enfoque integral del envejecimiento de los sujetos que habitan esos espacios, con el objetivo de promover actividades que contribuyen a obtener autonomía en diversos aspectos de la vida. Sin embargo, en las dinámicas institucionales de este tipo de establecimientos aún no se ha podido desarraigar el modelo anterior y podemos ver en prácticas cotidianas la coexistencia de ambos modelos, teniendo predominancia la perspectiva asilar. Ello se debe a que persiste la atención enfocada en las disfunciones físicas y mentales de los residentes, junto a la provisión de vivienda y alimentación, y una excesiva ayuda del personal para actividades que muchos residentes están en condiciones de realizar por sí mismo, sumado a una mínima atención a cuestiones recreativas, vinculares y de sociabilidad.

Estas instituciones pueden ser pensadas como un emergente frente a un vacío social y estatal en torno a los cuidados y a la delegación de los mismos: ¿qué sucede con los adultos mayores cuando se jubilan, cuando constituyen una “carga” para la familia o simplemente cuando dejan de cumplir las funciones sociales preestablecidas para cada sujeto?

Sobre los adultos mayores recae un imaginario social que generaliza cuáles son sus capacidades y sus funciones (o dis-funciones), asignándoles de modo adscriptivo características que no son propias de cada individuo particular, sino que los asocia a un grupo de características homogéneas y estándares, como la pérdida de aptitudes mentales, físicas o sociales, y se asume que con la vejez se inicia un trayecto ineluctable hacia la “invalidez”.

La perspectiva sociológica adoptada en ésta investigación se construye como una crítica al imaginario social generalizado. Los adultos mayores como grupo social homogéneo constituye una falacia, un mito construido, como también son contruidos otros grupos generacionales como uniformes. Más bien, nos encontramos con un conglomerado heterogéneo con diferencias en torno a la procedencia social, género, el tipo de familia, sumada a cada experiencia subjetiva y personal dentro de la estructura social (De los Reyes: 2007; Neugarten: 1996). En tal sentido, el proceso de envejecimiento es vivido de forma diversa por los sujetos sociales.

Las formas en que la experiencia del envejecimiento institucionalizado sea vivido relacionada con las distintas experiencias, capacidades y estilos de vida de los sujetos debería arrojar información relativa a las diversas maneras de vivir ese período de la vida llamado “vejez” (Ludi: 2012; De los Reyes:2007; Neugarten:1996; Gastrón:2014; Thomas:1975). Nuestra idea es poder hacer visibles las formas en que los adultos mayores vivencian prácticas institucionales y sociales de despojo identitario y, al mismo tiempo, sus posibles capacidades de adquisición de nuevas prácticas y recursos identitarios en el limitado contexto de internación geriátrica.

1.2. Objetivos¹

En este apartado presentamos los objetivos, preguntas e hipótesis que guían nuestra investigación.

Nuestra pregunta general indaga en torno a ¿cuáles son las experiencias y significados que para los adultos mayores internados supone la vejez en el ámbito de instituciones geriátricas? Para lo cual la hipótesis que barajamos sostiene que los significados que el grupo de adultos mayores le atribuyen a la vejez son la expresión de la imbricación de concepciones sociales, institucionales e individuales sobre lo que significa ser adulto mayor en la sociedad actual. En este sentido, nuestro objetivo general de investigación será describir y comprender las experiencias y significados que adquiere la vejez para aquellos sujetos que transitan esta etapa de la vida en instituciones geriátricas.

¹ Debemos aclarar que en nuestro proyecto de investigación inicial nos habíamos planteado un cuarto objetivo para el cual se nos presentó la dificultad de que si lo lleváramos a cabo hubiéramos irrumpido con el clima ecológico institucional y observacional que habíamos logrado, debido a que dicho objetivo precisaba de la realización de entrevistas en profundidad, y durante toda nuestra investigación pudimos lograr un relación investigador-sujetos investigados basada en la participación adaptación al contexto institucional, por lo cual la realización de entrevistas en profundidad podría haber quebrantado ese logro.

Objetivo 1:

El interrogante que nos planteamos es el siguiente: ¿de qué forma la institución geriátrica reconfigura los conceptos que los adultos mayores tienen de sí mismos y de las prácticas que realizan? Para lo cual trabajamos con la hipótesis que indica que la institución geriátrica y las familias de los internados tienen una significación compartida de la vejez que subsume a los adultos mayores a la categoría de “personas que esperan el momento de la muerte”, es decir, que viven su vida en el proceso de morir; lo cual, constituye un elemento para pensar que dicha concepción ha sido internalizada por los adultos mayores, al punto de hablar de sí mismos en clave de pérdidas.

El objetivo específico 1 será identificar la dinámica de “desocialización”, observando la intervención institucional en la reconfiguración de los conceptos de sí mismo y las prácticas de los adultos mayores que se encuentran en contexto de internación.

Objetivo 2:

En esta instancia, nos preguntamos: ¿qué tipo de prácticas desplegadas por adultos mayores podemos encontrar frente al proceso de despojo efectuado por el discurso y la práctica institucional, bajo la lógica de adquisiciones? La hipótesis conductora del trabajo indica que además de observar limitaciones, también es posible encontrar prácticas posicionadas como alternativas a la concepción institucional sobre los adultos mayores que permiten demostrar reconfiguraciones identitarias con una imagen de sí mismos en clave de adquisiciones.

El objetivo específico 2 será identificar la dinámica de la “resocialización”, observando prácticas que contribuyan a la formación de reconfiguraciones identitarias positivas de adultos mayores en contextos de internación.

Objetivo 3:

En este objetivo, indagamos en torno a qué tipo de representaciones y prácticas sobre la condición de adultos mayores que viven en la institución geriátrica encontramos en el personal de la institución. La hipótesis guía sostiene que el personal de la institución geriátrica comparte un conjunto de nociones, conceptos y representaciones sobre los adultos mayores que refieren principalmente a la pérdida de capacidades para desarrollarse en su vida normal.

El objetivo específico 3 es identificar representaciones y prácticas adscriptas por miembros de los distintos estamentos de la institución geriátrica hacia los internados.

1.3. Metodología

La estrategia metodológica es exclusivamente cualitativa con la aplicación de técnicas enmarcadas en el método etnográfico. Está caracterizada por la exploración de los significados que adultos mayores internados dan a un conjunto de prácticas institucionales y no institucionales que los tienen como destinatarios.

El modelo de investigación es de diseño flexible, el cual consistió en la realización de algunas definiciones conceptuales con anterioridad que guiaron nuestra mirada, las cuales fueron construidas de un modo que permitan modificarse y así poder tomar decisiones según el camino por el cual nos lleve la investigación. Por ello pretendemos dar cuenta y hacernos con el saber ecológico de la vida institucional de los adultos mayores para poder llevar a cabo nuestros objetivos de investigación.

La técnica metodológica que hemos adoptado para la investigación está inspirada por la utilizada por Erving Goffman en *“Internados. Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales”* (2009), con la salvedad de ser aplicada en un grado menor por la complejidad que le hemos otorgado a la investigación. Dicha técnica es la observación ecológica participante, consistente en la participación del investigador en la actividad social completa de los sujetos de estudio. En este caso particular, la observación plena de la vida social será dada en la institución geriátrica donde viven los adultos mayores. Participando de amplias jornadas cotidianas, podremos lograr un “saber socio-ambiental” (Meccia, 2010) para poder acercarnos a lo que implica vivir como adulto mayor en un ambiente socialmente desconocido, pudiendo retomar y reflexionar sobre la vida íntima del geriátrico.

Trabajaremos, según la tipología de Earl Babbie, nuestras unidades de análisis fueron “individuos”. Los mismos serán adultos y adultas mayores que seleccionaremos según los siguientes atributos: a) todos deben haber sido internados en medio de un proceso decisonal asimétrico por parte de su familia; b) ninguno debe sufrir alguna enfermedad seria y discapacitante, que torne imposible la autonomía. Dividiremos a estos adultos mayores en dos grupos: c.1) un grupo debe estar internado desde hace un año y c.2) otro grupo estará conformado por adultos mayores que deben estar internados desde hace por lo menos tres años. En cada uno de los grupos intentamos cubrir cuotas por sexo-género. Pero también, la misma institución geriátrica como “organización” (nuevamente según la clasificación de Babbie) fue nuestra unidad de análisis.

Para la aplicación de la etnografía debemos partir de una concepción sociológica del mundo social en donde se sostiene que en las situaciones de interacción es donde los sujetos sociales son protagonistas de la realidad y están situados en el “primer plano” del escenario social para reproducir, construir y transformar la realidad circundante. En palabras de Rosana Guber, “adoptar un enfoque etnográfico consiste en elaborar una representación coherente de lo que piensan y dicen los nativos de modo que la descripción (realizada por el investigador) no es ni el mundo de los nativos, ni el modo en que ellos lo ven, sino una conclusión interpretativa que elabora el investigador” (2014:18).

A través de la metodología escogida, deseamos estudiar las ideas y pensamientos que dan curso a las acciones de los sujetos sociales, lo cual les otorga herramientas sustanciales para comprender y dar sentido a su propia forma de actuar y del resto del mundo social, así mismo, pretendemos interpretar éstas prácticas en relación con su propia conducta y la del resto frente al accionar y diversas influencias espaciales, sociales, etc., que podrían aparecer en el ámbito donde desarrollan su vida.

La aplicación de la etnografía se dará a través de tres instancias interrelacionadas: observación participante del ámbito institucional, junto a entrevistas cualitativas y documentación de conversaciones naturales con los adultos mayores.

Observación participante

En la técnica de observación participante, el objetivo principal está constituido por la tarea de identificar las situaciones sociales en donde vemos expresadas las articulaciones complejas de los universos culturales y sociales de los sujetos bajo estudio.

Desde la perspectiva de Scribano (2008), la observación se sustenta en que el investigador participa, aunque más no sea de manera virtual, de aquella situación social que se pretende comprender y debe tener consigo una herramienta esencial que remite a la capacidad de saber establecer una comunicación amena con los actores involucrados en las prácticas observadas.

Dirigirnos hacia estrategias que permitan acercarnos a la vida social que se desarrolla en la institución geriátrica, por medio de conversaciones con varios integrantes del grupo social de residentes y otras tantas con aquellas personas que forma parte del grupo social del personal, de la misma forma aprovechamos la posibilidad de participar en diversas actividades que se desarrollaron durante la jornada. Con el fin de reflexionar en torno a las estrategias anteriormente nombradas, y al mismo tiempo llevar a cabo las mismas, nos hemos planteado aplicar la técnica de observación participante.

Siguiendo al autor, en la observación participante podemos encontrar, en primera instancia, especificaciones en torno al carácter del investigador, ya que puede posicionarse como “participante observador” u “observador participante”. En el primer tipo, nos explica que *“el papel del participante que tiene el observador es el más importante (...), está involucrado en las actividades centrales del grupo que está observando, asumiendo responsabilidades concretas en el grupo y comprometiéndose totalmente con los objetivos y valores que dan identidad al grupo observado”* (2008: 60). En el segundo tipo, sostiene el autor que *“la participación del investigador en el grupo es menos importante que su rol de observador (...) si bien el investigador no es considerado un extraño, no participa directamente de las actividades que dan identidad al grupo”* (2008: 60). Frente a estos tipos de investigadores que forman parte de la observación participante, el autor recomienda el intento de lograr un balance entre las dos

posiciones, es decir “entre el deseo de obtener lo más fielmente posible la perspectiva interna de los protagonistas respecto de la situación y la capacidad de describir la situación y esas perspectivas desde cierta distancia para que pueda ser entendida por otras personas externas al grupo” (2008:60).

El tipo de observación está en íntima relación con el problema de investigación planteado, y por ello esta necesita de la planificación para que su aplicación no se transforme en una mirada global de la situación, sino que enfoque en los aspectos relevantes al estudio. Para esta labor resulta de ayuda el control teórico de las percepciones, ya que los elementos conceptuales que lleva cada investigador al momento de observar son muy influyentes a los tipos de percepciones sobre las prácticas sociales que se observan.

Por otro lado, una herramienta que debe tenerse en cuenta cuando se desarrolla la técnica de observación participante es el rol social del observador. El hecho mismo de realizar una observación participante pone al sujeto observador en una *situación social con-los-otros* (2008) debido a las relaciones de confianza que debe tejer con las personas objeto de observación a través del contacto directo con los actores del proceso social que se pretende analizar y comprender, lo cual supone tomar una posición en la estructura de relaciones, que debe ser aceptada como factible para los sujetos de observación.

Entrevistas cualitativas

La entrevista en profundidad, siguiendo a Guber (2004), será utilizada para reconstruir, desde la voz de los individuos actuantes en la institución geriátrica, los repertorios de significación y prácticas desocializadoras y resocializadoras que configuran la vida social de los adultos mayores en situación de institucionalización. Consideramos a las entrevistas en profundidad como un medio sustancial para reconocer el tipo de posicionamientos actitudinales que tienen los adultos mayores y el personal respecto a la tendencia desocializadora de la institución, y también servirán al efecto de indagar sobre el impacto que ambos repertorios de representaciones y prácticas efectúan en la reconfiguración subjetivo de las personas internadas.

Las entrevistas cualitativas serán efectuadas en diversos encuentros cara a cara con nuestros sujetos de estudio que serán orientados a la comprensión de las distintas perspectivas que tienen los sujetos sobre sus experiencias vividas en la institución geriátrica. Asimismo, la orientación de las entrevistas a miembros del personal se utilizará para conocer la manera en que los trabajadores encargados del bienestar de los residentes conceptualizan el desarrollo de su vida cotidiana.

Para tal fin, será necesario que las entrevistas cualitativas sean flexibles, dinámicas, no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas; por ello nos interesan los tipos de

entrevistas cualitativas que tienen por finalidad el de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

Registro de conversacionales naturales

Consisten en un registro de intercambios sociales conversacionales y comunicativos en general dentro de la rutina diaria del establecimiento. La técnica de obtención de relatos, será utilizada para reconstruir, desde la voz de los individuos actuantes en la institución geriátrica, los repertorios de significación y prácticas desocializadoras y resocializadoras que configuran la vida social de los adultos mayores en situación de institucionalización.

Las conversaciones naturales nos permitirán reconocer el tipo de posicionamientos actitudinales que tienen los adultos mayores respecto a la tendencia des-socializadora de la institución, y también servirán al efecto de indagar sobre el impacto que dicha tendencia institucional y la posibilidad latente de prácticas y representaciones resocializadoras, efectúan en la reconfiguración subjetiva de las personas internadas. El registro de las conversaciones y los intercambios comunicativos en general buscarán la mayor variación posible: entre los adultos mayores y a) el personal médico, b) el personal para-médico, c) los terapistas, d) los porteros, e) el encargado, f) el personal de servicio y limpieza, f) entre los mismos adultos mayores.

La forma más pertinente que encontramos para conocer y aprehender la vivencia de la vejez institucionalizada es a través de la relocalización que como investigadores debemos hacer y movernos hacia el espacio social de los sujetos de estudio, ya que sólo es posible comprender la realidad y llevar a cabo nuestros objetivos a través de los momentos cotidianos de los adultos mayores y poder descubrir el sentido de sus representaciones y prácticas sobre la vejez.

1.4. Contexto conceptual

El interés de la presente tesina de grado es observar y dar cuenta de las transformaciones identitarias de adultos mayores en un contexto institucional de internación geriátrica involuntaria. Ésta palabra indica que a pesar del consentimiento firmado legalmente solicitado por la institución, en su mayoría, los residentes no tienen el deseo de vivir en el geriátrico. Para lograr este objetivo, se indagarán dos procesos en simultáneo: la gestión de prácticas desocializadoras y resocializadoras. Las primeras serán entendidas como un conjunto de pérdidas respecto del entorno interaccional previo a la internación. Las segundas como un conjunto de logros que, presumiblemente, podrían adquirir en el contexto de internación. Asumimos que la mezcla de ambas prácticas tiene impactos en la identidad personal y social de los adultos mayores internados.

Nuestra investigación tiene como objetivo dar cuenta de las transformaciones identitarias de los adultos mayores en un contexto institucional de internación geriátrica. Dicha

transformación se efectuará entre el proceso de prácticas y representaciones sociales desocializadoras y resocializadoras, es decir, que para observar la transformación de la identidad de los adultos mayores enfocaremos nuestra atención en las pérdidas y adquisiciones que tienen lugar en el contexto institucional.

Para ello, nuestro marco teórico estará conformado por las perspectivas sociológicas y gerontológicas del envejecimiento, incorporando conceptos en torno a la institucionalización de sujetos, el proceso de envejecimiento y las representaciones sociales asociadas a dicha realidad.

1.4.1. El envejecimiento y las representaciones sociales

El estudio de las representaciones sociales es tenido en cuenta en nuestra investigación en tanto permite entender la transformación subjetiva de los adultos mayores. Éstas se constituyen como *“modelos imaginarios de evaluación, clasificación y explicación de las realidades sociales, que conducen hacia normas individuales y colectivas para la acción”* (Gastrón, 2013:25) en consonancia con Jodelet (1986), otros autores establecen que son *construcciones estructuras y adquiridas* (Gastrón, 2013:25) ya que no es una simple reproducción de formas de ver el mundo social sino que se constituye en una constante construcción de imágenes a través de la experiencia que adquiere el sujeto en un mundo cultural y social específico.

Desde la perspectiva de Moscovici (1976), las representaciones sociales son estudiadas por medio de tres dimensiones: información, actitud y campo de representación o imagen. *“La información es la suma de conocimientos que un grupo posee sobre un grupo social”* (Gastrón, 2013:27), es decir, en nuestro caso la información estaría dada por el conjunto de conocimientos que el personal, los propios adultos mayores y la sociedad en general asocia al envejecimiento a partir de una construcción del sentido común. *“El campo de representación es el conjunto estructurado de la representación”* (Gastrón, 2013:27), ello significa un grupo de imágenes asociadas a un determinado estereotipo de adulto mayor que tiene el personal de la institución. *“La actitud expresa la orientación, positiva o negativa, de un grupo hacia el objeto de representación”* (Gastrón, 2013:27) lo cual remite a las emociones y sentimientos que provoca el adulto mayor institucionalizado desde la visión del personal. A partir de estas dimensiones, podemos ver que el adulto mayor es construido por el personal bajo la imagen de viejo e infantil, lo cual es parte de la representación social viejista que se ve en el personal a partir de las etiquetas específicas imputadas por la sociedad y el personal de la institución.

El concepto de *viejismo* (ageism, en inglés) fue elaborado por el gerontólogo Robert Butler en 1968 y *“se refiere a la discriminación que se hace sobre ciertas personas meramente por el hecho de acumular años y que se basa en la utilización de prejuicios”* (Salvarezza, 2013:21), esa representación social sobre los adultos mayores estaba arraigada en la negación del envejecimiento de los propios sujetos que usan el concepto “viejo”, “enfermo”, “débil”,

relacionándolo con el grupo de adultos mayores que se encuentran bajo la etiqueta de la vejez, para así negar su propio proceso de envejecimiento. Estos conceptos degradan la consideración sobre sí mismos, se autolimitan y conlleva a tener un autoconcepto degradante. Los estereotipos negativos sobre la vejez se ven tan internalizados en los adultos mayores cuanto más estos sujetos tiendan a ser como se les dice que sean, así *“las personas, al suponer que su rendimiento no va a ser bueno, elaboran estrategias de evitación de un posible enfrentamiento que podría ser vivido como traumático o simplemente porque responden a profecías sociales que suponen que los mayores ya no pueden, ya no deben, etc.”* (Iacub, 2014:82)

1.4.2. El paradigma del curso de la vida

En nuestra investigación incorporamos el denominado Paradigma del Curso de la Vida, el cual *“puede definirse como: el estudio interdisciplinario del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana) mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre (a) los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos; (b) el curso de la vida como institución social, desde el doble punto de vista: el de las regulaciones sociales y culturales de la edad es objeto y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y el de sus perspectivas biográficas; (c) el contexto sociohistórico y los cambios que este experimenta”* (Yuni, 2011:20). La concepción de dicho paradigma implica la reflexión en torno a los sujetos implicados en un desarrollo multidimensional con dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, y que es construido y elaborado por el sujeto en los múltiples ámbitos de su vida (familia, trabajo, amigos, etc.) y durante toda su existencia. Los exponentes y principales propulsores de esta línea de pensamiento plantean la *historicidad del sujeto* (en Yuni, 2011:20) como ser histórico, social, biológico y psicológico. Dichas conceptualizaciones fueron abordadas por el sociólogo Glen Elder, principal impulsor del enfoque del curso de la vida, especialmente en su libro *Children of the Great Depression. Social change in life experience* (1974), donde investiga las adaptaciones familiares a la crisis a partir de la vinculación entre la edad, el tiempo y el contexto histórico, considerando la vida de los sujetos como un todo con influencias biológicas, psicológicas, sociales e históricas.

Las investigaciones principales del Paradigma del Curso de la Vida se enfocan en: *“los trabajos referidos a la noción de cohorte o de generación, la psicología del desarrollo denomina “life span”, los estudios sociológicos sobre la articulación entre historia y las vidas individuales y la antropología que estudia el desarrollo social y cultural de la vida humana”* (Yuni, 2011:81).

Al respecto sostenemos junto a los autores (Yuni, 2011; Salvarezza, 2013; Iacub 2014; Ludi, 2013; Oddone, 2013; Gastrón; 2013) que el estudio de la percepción de la propia vejez, es decir, del proceso de envejecimiento que es vivenciado desde el día que nacemos, debe enfocarse desde cuatro criterios: el tipo de acontecimientos históricos que cada sujeto vive, el momento específico en el que los vive, la interdependencia de la red de relaciones sociales que

son compartidas, y la agencia que el propio sujeto puede realizar entre un cúmulo de expectativas y posibilidades.

Esta corriente se aleja de la visión de la gerontología tradicional que plantea el estudio de la vejez como etapa o ciclo, una acepción que no permite transformaciones de ese momento vital, que tiene ciertos atributos particulares, y no da lugar a la flexibilidad. Sostienen una visión del desarrollo de la vida en etapa o ciclos consecutivos unidireccionales, con un destino preestablecido y definido, basados en un criterio biologicista del nacimiento, crecimiento, madurez, declinación y muerte (Yuni, 2011), sumado a que las transformaciones en la vida son irreversibles y constituye un carácter universal para todos los sujetos. Al contrario, la gerontología basada en el paradigma del curso de la vida da lugar a un recorrido, una trayectoria con cambios contextuales y sociales, que con la influencia de las normas, se da lugar a la experiencia de vida de cada sujeto, con variabilidades y componentes dinámicos. Así vemos que *“el paradigma del Curso de la Vida propone un análisis contextualizado del cambio en el que el desarrollo es producto del entrecruzamiento de un sistema de normas que lo regulan, con las mediaciones que el propio sujeto introduce como parte de un grupo social y con las herramientas que su cultura le provee”* (2011:33)

1.4.3. Transformaciones identitarias

El proceso de envejecimiento socialmente considerado establece un momento de pérdidas, sumado al contexto de institucionalización constituye el asidero de transformaciones en la identidad y las subjetividades de los adultos mayores. Sin embargo, en el presente estudio rastreamos pistas en torno a prácticas y representaciones sociales constituidas como destituyentes, como también prácticas y representaciones adquisitivas que, estimamos, son desplegadas por los adultos mayores aún en un contexto de situación social restrictiva.

La identidad de cada sujeto es construida a partir de un proceso en el cual cada sujeto se autodefine en interrelación simbólica con otros individuos (Blumer, 1969; Goffman, 1956; Becker, 1963; Mead, 1982), es decir, que los lazos sociales construidos están mediados por objetos simbolizados de diferente manera según los diferentes contextos socio-históricos-culturales, por ejemplo, las categorizaciones en torno a qué es ser viejo actualmente dista de gran manera de la forma de ser viejo en la edad media. De forma que el sujeto interioriza la expectativas que los otros miembros de la sociedad esperan de su accionar.

Las expectativas esperadas de los adultos mayores tiene relación con lo planteado por Bernice Neugarten (1999) plantea sobre la idea de reloj social a partir de lo cual la edad constituye la división del tiempo de vida en períodos socialmente relevantes, distribuyendo responsabilidades según la edad social. Es un patrón normativo, en el sentido de que *“las expectativas con respecto al comportamiento apropiado a cada edad forman un elaborado y dominante sistema de normas que determinan el comportamiento y la interacción, una red de expectativas que penetra en todo el entramado de la vida adulta”* (Neugarten, 1999:48);

operando como una fuente de control social sobre los individuos en base a los comportamientos que son adecuados para determinada edad.

Además, la edad constituye un mecanismo de control social que establece qué tipo de actividades y características reúne un sujeto cuando tiene cierta edad. De modo que encontramos una compleja interrelación entre el tiempo individual, los estándares sociales de la edad y el tiempo de los proceso de cambio social. En dicha intersección, el individuo incorpora en sus modos subjetivos de actuar el cúmulo de expectativas que la sociedad relaciona con la edad que representa un tipo específico de comportamiento, dichas expectativas sociales influyen en la manera en que cada sujeto se ve a sí mismo.

Los tipos de acciones esperados para cada edad se encuentran incluidos en el concepto de rol, el cual refiere a las prácticas de cada sujeto, estableciendo un conjunto de conductas específicas que tienen objetivos determinados para la sociedad. La operatividad de este concepto podemos rastrearla en la manera en que cada individuo aprehende maneras de actuar y pensar que en un alejamiento y acercamiento constante a la línea de acción que el rol estipula. El ejercicio de diferentes tipos de roles durante la vida constituye lo que la autora denomina ciclo vital, es decir, *“una sucesión de roles y constelaciones de roles cambiantes, siendo posible ordenar y predecir el comportamiento a lo largo del tiempo a medida que los individuos pasan por una determinada sucesión de roles”* (1999:109).

Las características, prácticas y comportamientos que socialmente son conectadas y relacionadas con ciertos conglomerados de edad, funcionan como marcadores de identidad, en donde salirse del rol, podría tener el costo del estigma social. Tales conceptos acuñados por representaciones sociales sobre cómo debe ser la identidad de un adulto mayor, producen una realidad social donde esos conceptos son tanto tomados por los miembros de otros grupos de edad, como por los propios adultos mayores, y conlleva una identificación con esas identidades.

En la relación de correspondencia oscilante entre las normas sociales, preconceptos, significados sobre los sujetos y sus prácticas, y ello con las subjetividades, podremos rastrear el preconceito social de que la vejez es una sola y por ende todos los sujetos con ciertas características incluidos en ese grupo del ciclo vital, tienen comportamientos y características homogéneas. Este modo de posicionarse no debe funcionar como una caja cerrada en la cual se restringen las posibilidades y cierra el espacio a múltiples identidades, al contrario las identidades se construyen y reforman en base a un proceso simultáneo y constante de pérdidas y adquisiciones.

1.4.4. La institución geriátrica

El contexto de internación geriátrica lo enmarcamos en el concepto de “institución total” acuñado por Erving Goffman ya que es una construcción sociológica que nos permite

posicionar a los sujetos en un entorno que abarca la totalidad de su rutina diaria por tiempo indeterminado.

La institución geriátrica que tomamos como espacio de análisis es denominada por el autor como “institución total”, es definida *“como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de una sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (Goffman, 2009:15). La institución geriátrica en sus objetivos, está abocada, según sus enunciados, al cuidado y acompañamiento de sujetos socialmente vulnerables y con necesidad de comida y vivienda insatisfechas, por ello el uso que haremos del concepto tiene un sentido matizado frente al cual desarrolló el autor ya que fue utilizado para analizar las rutinas diarias de pacientes y personal de una institución psiquiátrica.

Sin embargo, la forma de organización de la institución tomada para el estudio, nos permite equiparar, con propósitos conceptuales y analíticos, las líneas explicativas planteadas por el autor, debido a que estipulan una organización de horarios de comida y visitas familiares, cuentan con un reglamento, cuentan con un reglamento de ingreso y convivencia, así como hay ciertas actividades que los residentes tienen prohibido eludir correspondientes al aseo personal, el cuidado de la salud y su alimentación. De forma semejante a la institución psiquiátrica, ciertas prácticas y sentidos en el geriátrico tienden a construir una cierta definición del yo internado que se distancia en muchos sentidos del yo social que cada adulto mayor desarrolló en el exterior.

La institución reviste una forma “total” en la medida en que su organización suponga que el sujeto desarrolla en el contexto de internación su vida completa. En el caso de la institución geriátrica, presenta el objetivo de cuidar y asistir a los adultos mayores por dificultades de salud, necesidad de compañía constante, pérdidas a nivel funcional, desencuentros familiares que generan situaciones engorrosas en la convivencia, conllevando a la evitación de salidas, control constante de sus actividades y el estado de su salud para proveer el bienestar. El contexto de internación, al ser un cambio ambiental de la vida del individuo, expone el aislamiento y la disminución de lazos sociales, y enfatiza con barreras reales impuestas hacia el exterior.

1.4.5. Las adquisiciones vía resocialización en la institución geriátrica

Desde la perspectiva del curso de la vida, se ha argumentado que el desarrollo de la vida lejos de constituir un proceso unidimensional de pérdidas (Yuni, 2011:82), está plasmado por situaciones de cambio donde el sujeto despliega su capacidad de adaptación, sean tales cambios positivos o negativos.

En nuestro caso de estudio, tomamos la perspectiva del curso de la vida como un proceso multidimensional de transformaciones en una escala de grises, donde se presentan

tanto pérdida como adquisiciones. Por ello es importante enfocar nuestra mirada a las prácticas de los adultos mayores que les permiten recuperar el sentido de sí mismos como sujetos autodeterminantes de su propia vida, lo cual quedará demostrado a partir del control sobre sí mismo y su contexto. En este sentido, la conceptualización de “ajustes secundarios” es operativa para comprender las herramientas autonomizantes desplegadas por los residentes, ésta noción refiere a *“ciertas prácticas que, sin desafiar directamente al personal, les permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos”* (Goffman, 2009:65-66).

La utilización del concepto de “ajustes secundarios” nos permite reflexionar en torno a las estrategias que emplean los residentes para llevar a cabo prácticas desautorizadas por la institución, esquivando los supuestos esgrimidos por la misma en torno a la forma de efectuar las prácticas, evadiendo la conceptualización de adulto mayor que tiene la institución. En el momento en que cada adulto mayor no hace las actividades propuestas, o utiliza las actividades institucionales para fines de socialización con residentes o vecinos del barrio, al mismo tiempo que construye relación de amistad y de pareja, se constituyen como herramientas importante y valoradas por los residentes para escapar del rol que la institución, su familia y la sociedad le imputan, una representación que es dada por supuesto: son viejos inactivos, incapaces, asexuales e infantilizados.

En este estudio, no obstante, haremos un uso relativamente libre de la noción de “ajuste secundario”, ya que en Goffman supone a menudo la gestión de recursos expresamente “contrarios” a la institución. Nosotros estaremos atentos a las dinámicas “alternativas”, “paralelas” a la rutina institucional, lo cual no supone necesariamente una transformación de la misma, sino que es utilizado como medio para lograr autonomía individual, constituyendo prácticas que otorgan beneficios personales.

¿De qué forma se efectivizan los ajustes secundarios? A través de las “fuentes” (Goffman, 2009:209), es decir, los elementos que usan los adultos mayores en sus prácticas que consideramos revisten el carácter de ajustes secundarios. En sus vestimentas guardan pertenencias propias, en los espacios de reunión destinados a las conversaciones entre residentes y las familias, los adultos mayores pueden entablar interacciones y actividades lúdicas que sirvan a la integración social dentro de la institución. En tal sentido, es pertinente la utilización del concepto “sustituciones”, tal como explica Goffman (2009): *“en todo establecimiento social, los participantes utilizan los artefactos a su alcance en formas y para fines no previstos oficialmente, con lo cual modifican las condiciones de vida planeadas para ellos”* (Goffman, 2009:209), la sustitución de actividades u objetos en nuestro caso de estudio consiste en la utilización del mismo de otra forma o para otro fin que aquel pronunciado por la institución. El espacio predilecto de las sustituciones se establece en la vestimenta personal ya que la presentación del atuendo es una de las pocas representaciones sobre sí mismos que controlan los adultos mayores, a pesar de que su cuerpo (debido a sus dolencias,

dependencias y enfermedades) sufre de ciertas intromisiones externas, todavía es el espacio a partir del cual el adulto mayor puede presentarse en un yo distinto respecto a la conceptualización que recibe del contexto social. Los espacios y objetos están constituidos como beneficios para el adulto mayor o para las personas con las cuales tiene una relación íntima.

Los conceptos anteriores contribuyen al despliegue, por parte de los residentes, de herramientas y estrategias de acción tendientes al mejoramiento del autoconcepto que tengan sobre sí mismos. En este sentido, resultan de importancia la percepción de autoeficacia y autocontrol en torno a las actividades que cada sujeto realiza y para enfrentarse a situaciones de las cuales tenga una salida positiva para la subjetividad de cada sujeto, debido a que para que cada adulto mayor tenga la imagen de que es posible modificar una situación que no es favorable para sí mismo, es decir, hacer efectivo el autocontrol sobre diversas circunstancias, es necesario que con anterioridad tenga la certeza de que realmente puede realizar esa acción, es decir, sentirse un sujeto con autoeficacia.

De esta manera, el autoconcepto de los adultos mayores está transformado por los cambios constantes durante el proceso de reconfiguración identitaria, a partir de los cuales los sujetos se representan en relación a sus expectativas, en interrelación con otros y con el contexto social. Ello permite que los sujetos sean proclives a transformarse junto a los cambios contextuales, de roles, interacciones, económicos, y funcionales, otorgándoles un transcurso flexible y tendiente a la adaptación en momentos de crisis, es decir, aquellos momentos donde el curso cotidiano de la vida del sujeto que lleva mediante determinados modelos normativos se ve en ruptura, cambiando su rumbo, pese a una separación, fallecimiento del cónyuge, jubilación, etc.

1.5. Estado del arte

El tema propuesto es para nosotros el desafío de entrar en un área que no ha sido privilegiada por los estudios enmarcados en las ciencias sociales en general y la sociología en particular, la cual es: las adquisiciones de adultos mayores en el contexto institucional. En términos cuantitativos los estudios sobre la vejez institucionalizada se vuelcan más sobre las pérdidas, y aquellas investigaciones que abordan las adquisiciones de los adultos mayores a través del envejecimiento activo se enfocan generalmente en prácticas desarrolladas en tipos de entornos no restrictivos.

1.5.1. Envejecimiento activo

Dichas investigaciones están enfocadas, principalmente, en el proceso de envejecimiento observado en las actividades de centros de jubilados, en asociaciones para adultos mayores, las representaciones sociales que diversos grupos de la sociedad tienen

sobre la vejez y el desarrollo de políticas públicas orientadas hacia estos sujetos, tales estudios enfocan su atención desde la perspectiva de los adultos mayores, las familias, los miembros de otros grupos etarios y los profesionales especializados en la temática.

Familia y redes de apoyo

María del Carmen Ludi (coord.) en el libro *Envejecimiento y espacios grupales* (2012), presenta un conjunto de investigaciones que analizan el proceso de envejecimiento y las experiencias de la vejez en adultos mayores que participan en organizaciones civiles y espacios socio-educativos culturales, centrados en sujetos en situación de pobreza, para *“trabajar en la recuperación y fortalecimiento de su condición de ciudadanos”* (2012:11), con el objetivo de que dichos grupos puedan apropiarse de herramientas que les permitan ejercer sus derechos. En los hallazgos se establece que pese a las modificaciones actuales, los adultos mayores no han logrado suficientes lugares de participación social, cultural y política, en tanto que las organizaciones de jubilados para reclamos, contención o actividades recreativas siguen centrados en la idea de que los adultos mayores tienen disminución de capacidades, siendo sujetos dependientes y precisando ayuda y atención del entorno. Pese a ello, las autoras sostienen que las organizaciones estudiadas cobran importancia para los adultos mayores debido a que *“cumplen una función de apoyo muy importante en sus procesos de envejecimiento y sobre todo ante las dificultades y situaciones problemáticas a las que están expuestos...: la vulneración de derechos, de (des)protección social...con respuestas fragmentadas, insuficientes, tanto de organismos estatales, como de la sociedad civil y hasta de la propia familia”* (2012:141).

Cuerpo, sexualidad y erotismo

Leopoldo Salvarezza y Ricardo Iacub en el artículo *El viejo y su viejo cuerpo. Un acercamiento a la psicosomática de la vejez*, publicado en el libro coordinado por Leopoldo Salvarezza *La vejez. Una mirada gerontológica actual* (2013), sostienen que el cuerpo viejo es visto tanto por la sociedad en general como por los propios adultos mayores como una máscara (2013:243) que esconde un interior gozoso de juventud. Así, la representación social del envejecimiento reviste un carácter de patología que sufren los sujetos y precisa ser curada para vivir bien. En el cuerpo es el lugar donde se expresa la supuesta enfermedad de la vejez ya que es una corporalidad que está por fuera de los cánones de belleza y del deseo. En ese sentido, la imagen social estético conceptualiza al adulto mayor desde la negación: es un objeto indeseado. *“La des-erotización fomentada por las pautas culturales de rechazo, al producir la modificación de cuerpo se erige así en representación de la enfermedad y al propiciar la muerte como probable, crea un campo posible, aunque no necesario, para su concreción”* (2013:275).

Bienestar subjetivo y calidad de vida

Haydée Andrés y Liliana Gastrón en la investigación *¿Es posible medir el bienestar?* publicada en el libro coordinado por Leopoldo Salvarezza *La vejez. Una mirada gerontológica actual* (2013), indagan sobre los niveles de satisfacción vital en los adultos mayores, dicho concepto implicaría “una evaluación psicoafectiva de los propios progresos hacia las metas deseadas” (2013:127), es decir, si el sujeto expresa placer en la realización de las actividades cotidianas, siente que ha llegado a los objetivos que se propuso en su vida, y tiene una imagen positiva de sí mismo. “La satisfacción apareció más ligada con la buena salud, la preservación de la vida, la posibilidad de realizar las actividades cotidianas autovaliéndose” (2013:143).

Representaciones sociales de la vejez

En el libro *Dimensiones de la representación social de la vejez* (2013), bajo la coordinación de Liliana Gastrón, se presentan conceptualizaciones teóricas e investigaciones empíricas en torno a la manera en que se construyen las imágenes y estereotipos sobre la vejez en los amplios ámbitos de la sociedad, reflexionando en torno a qué edad se supone que se llega a la vejez, qué tipo de representaciones sobre la vejez encontramos en los distintos miembros de la sociedad, como las imágenes sobre el cuerpo viejo y el despliegue de su sexualidad, las actitudes religiosas y el enfrentamiento de la muerte de los otros. En las conclusiones generales plantean “la trabajosa influencia que viene ejerciendo la difusión de los aportes de la moderna gerontología sobre el saber cotidiano; como se hace evidente en el relativo peso de ciertas ideas renovadoras frente a la persistencia de algunas concepciones tradicionales, otras prejuiciosas, y otras por fin, derivadas del paradigma decremental” (2013:190).

1.5.2. Vejez institucionalizada

Por su parte, las investigaciones empíricas que estudian la vejez institucionalizada desde la perspectiva de las familias que se ven en el medio de un proceso decisional conflictivo para llevar a vivir a sus familiares a una institución geriátrica, asimismo, otras investigaciones enfocan su atención en el trabajo gerontológico de cuidado de residentes, y las investigaciones desde la perspectiva de los propios adultos mayores y su vivencia. Dichas investigaciones indagan en la vivencia de la vejez y llegan a conclusiones que versan sobre los estereotipos negativos asociados a un sujeto adulto mayor despojado, junto a un cúmulo de prácticas y representaciones sociales destituyentes de su vida.

Institucionalización y familia

María Cristina De los Reyes en su libro *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono* (2007) indaga la temática de la vejez abordada desde la problemática del proceso de vulnerabilidad familiar que lleva a tomar la decisión de institucionalizar a un adulto mayor, como así también, analizar el seguimiento de la participación familiar una vez que el familiar anciano ha sido institucionalizado.

La investigación abarca, desde la voz de la autora, *“el impacto que causa en el familiar la decisión de institucionalizar al anciano, sus motivaciones, su ingreso, los sentimientos experimentados y la percepción de los cambios en la vida cotidiana, en su salud y en sus estados anímicos, cómo impacta su contexto biográfico, los atravesamientos en las relaciones con respecto al cuidado del anciano, cómo la creencia que asocia la institucionalización opera en muchos casos como ‘profecía autocumplida’”*. (2007:15) De este modo, su guía interrogativa está centrada en qué tipo de influencia tiene la participación en los cuidados de la familia y la decisión por institucionalizar, sobre la posterior participación en los cuidados una vez que el adulto mayor ya se encuentra viviendo en un geriátrico. En primer lugar, en la dimensión sanitaria, pudo analizar los problemas cognitivos y demenciales que generan una situación de estrés por sobrecarga en el cuidador familiar, lo cual derivará en la consiguiente institucionalización del anciano. En segundo lugar, en la dimensión económica, sostiene que los ingresos escasos y problemas laborales, contribuyen a crear disminución de visitas en la institución. En tercer lugar, en la dimensión social, aborda los significados sociales dominantes en torno al geriátrico y el cuidado, en donde pudo observar el debilitamiento de la red de apoyo social y familiar, lo que trae como consecuencia que el cuidado del anciano recaiga en un solo miembro de la familia y generalmente sobre el género femenino. En cuarto lugar, en la dimensión organizacional, aborda el análisis de la estigmatización producida de los cuidadores formales hacia los cuidadores familiares.

Formación gerontológica

María Cristina De los Reyes en el artículo titulado *Construyendo el concepto de cuidador de ancianos*, presentado en la IV Reunión de Antropología Do MERCOSUR, Curitiba, Brasil, año 2001, está centrada en analizar qué forma reviste el cuidador de adultos mayores en una institución geriátrica, donde las incapacidades de los residentes constituyen unas prácticas asistenciales orientadas exclusivamente a la salud de los sujetos, dejando al descuido las diversas actividades que toda persona precisa realizar para poder sobrellevar la crisis que constituye ir a vivir a este tipo de instituciones. Asimismo, enfatiza en la falta de capacitación de las empleadas cuidadoras que se ven frente al cuidado de un cuerpo y un sujeto que no saben tratar, y no solo implica tener conocimientos especializados en la vejez, sino contar con una formación y contención emocional y afectiva del tipo de trabajo que implica tratar con adultos mayores.

Raquel Benatar, Rosario Frías y Alicia Kaufmann en el libro *Gestión de las residencias de tercera edad (1998)*, realizan una investigación en centros residenciales para adultos mayores con el objetivo de indagar la influencia del tipo de organización y trabajo del personal sobre la vida de los residentes. Observan que la persistencia de estereotipos negativos asociados con la vejez son factores que no permiten un tratamiento adecuado de los sujetos como depositarios el cuidado. De este modo, el personal gerontológico tiende a situar a los

adultos mayores en un lugar de pasividad y dependencia, el cual no precisa realizar actividades, sino que necesita de ayuda constante. Ello está en íntima relación con las situaciones de estrés cotidiana a la que están inmersos los empleados debido al tipo de organización basada en la protección total de los ancianos, sin prestar atención en las actividades recreativas que pueden otorgar las herramientas para que puedan realizar actividades por sí mismos, además, de los nulos espacios de contención del personal en cuanto se ven frente a situaciones conflictivas entre residentes, familiares, situaciones de fallecimiento y enfermedades que tienen que vivir día a día.

Adultos mayores institucionalizados

Rocío Fernández Ballesteros y Ma. Dolores Zamarrón en la investigación *Vivir en una residencia: algunas expectativas*, publicada en el libro coordinado por Leopoldo Salvarezza *La vejez. Una mirada gerontológica actual (2013)*, se proponen indagar en las percepciones e imágenes que los adultos mayores que viven en sus hogares tienen sobre las instituciones geriátricas y qué tipo de expectativas tendrían sobre una posible mudanza a dichas instituciones. En los hallazgos plantean que los grupos de discusión “*consideran que las residencias de ancianos son necesarias para las personas que están incapacitadas y no tienen a nadie que les ayude a realizar sus actividades de la vida diaria*” (2013:345), en torno a la pregunta sobre qué tipo de circunstancias los llevarían a vivir allí plantean que por problemáticas asociadas al estado de su salud debido a que necesitarían ayuda constante por convertirse en sujetos dependientes y en menor medida otra razón sería el hecho de sentirse solo.

José Buendía y Antonio Riquelme presentan la investigación titulada *La experiencia depresiva en residencias geriátricas* publicada en el libro coordinado por Leopoldo Salvarezza *La vejez. Una mirada gerontológica actual (2013)*, según los autores la institución geriátrica sigue siendo una alternativa viable, pese a las críticas, “*para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados, y déficit en recursos de apoyo informal*” (2013:357). Plantean que la institucionalización conlleva “*un elevado coste psicológico tanto para el anciano como para su familia, en tanto que la incorporación del anciano a una institución geriátrica supone...su extracción del medio social que le es propio, para ubicarlo posteriormente en un ambiente artificial integrado exclusivamente por personas de su misma edad*” (2013:358), hacen alusión a la crisis de identidad y el estrés que supone la internación, debido al paradigma paternalista de cuidados excesivos suponiendo que todos los residentes son igualmente dependientes conlleva a una pérdida del autocontrol y la disminución del autoconcepto sobre sí mismos, y establecen una relación directa entre la falta de autonomía, afectos y creciente soledad con situaciones de depresión y estados de soledad.

Guita Grin Debert en libro *La reinención de la vejez (2011)* presenta líneas de investigación que abordan lo que ella denomina “*formas de gestión de la vejez*” (2011:26). El

interés es *“describir los dilemas vividos por tres tipos de actores, empeñados en promover un envejecimiento exitoso: los gerontólogos, las personas mayores y los medios”* (2011:13) 1) plantea que son *“los agentes privilegiados en la re-privatización de la vejez”* 2) los adultos mayores *“ocupa y redefinen los nuevos espacios creados para envejecer, respondiendo de distinta maneras a los tipos de control de las emociones que se les comienza a exigir”* y 3) los medios a través de la publicidad y el marketing ven un nuevo consumidor y *“se propone una parafernalia de recetas que implican técnicas de mantenimiento corporal, medicamentos y nuevas formas de entretenimiento, desestabilizando así expectativas e imágenes tradicionales asociadas a los hombres y mujeres de más edad”* (2011:16). *“Los relatos indicaban la resistencia de los sujetos observados a un conjunto de estereotipos con los cuales la vejez es tratada, estereotipos ampliamente usados por los sujetos investigados cuando trataban la vejez en general o de otras personas, que aún siendo más jóvenes, se comportan como viejas”* (2011:25). El libro muestra que el paradigma de las pérdidas es reinventado por estos diversos actores asociados a la vejez para la orientación de publicidades, políticas públicas, en formas de recreación, en las universidades para adultos mayores y en la forma en que los sujetos vivencian su vejez en las instituciones geriátricas. Esta investigación es un aporte ineludible a nuestra investigación ya que trata de evidenciar las estrategias que realizan los sujetos para no verse como viejos seniles despojados, aún cuando utilizan distintas conceptualizaciones de la vejez desposeída para indicar que otros sujetos *“son los viejos”*.

La bibliografía gerontológica en general que analiza las vivencias de la vejez en un ambiente institucionalizado, exceptuando el aporte realizado por Grin Guita Debert (2011), está centrado en el cúmulo de mermas que los adultos mayores sufren al llegar al momento de su existencia, en la cual se considera la ineptitud física y psicosocial para desarrollar sus plenas capacidades como sujeto. Vemos que, comparativamente, los estudios sociológicos sobre el envejecimiento institucionalizado se enfocan en las prácticas y representaciones des-socializadoras desde una perspectiva de pérdida, y pierde de vista las prácticas y representaciones re-socializadoras desde una perspectiva de adquisiciones que puedan expresar los adultos mayores desde el relato de su vivencia cotidiana. La investigaciones presentes no otorgan espacios significativos de interrogación a las posibilidades de agencia que los adultos mayores pueden tener para producir prácticas resocializadoras, es decir, de recupero y re-apropiación de cierto grado de autonomía aún en situación de internación.

1.5.3. Enfoque sociológico institucional

Erving Goffman en su libro *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (2009) se propone reflexionar sobre la vida social particular que puede darse entre un grupo de sujetos desconocidos entre sí que viven sus días cotidianos en una institución que funciona como lugar de asilo permanente. La perspectiva del autor se enfoca en el mundo social de los pacientes institucionalizados en una institución psiquiátrica, según la forma en que ellos experimentan esa situación subjetivamente.

El primer ensayo, sobre las características de las instituciones totales, es un examen general de la vida social en dichos establecimientos, fundado en dos ejemplos en los cuales el ingreso de los internados es involuntario: los hospitales psiquiátricos y las cárceles. El segundo ensayo, la carrera moral del paciente mental, persigue el objetivo reflexivo de considerar los primeros efectos de la institucionalización sobre las relaciones sociales que el individuo mantenía antes de convertirse en internado. El tercer ensayo, la vida íntima de un institución pública, se refiere a la adhesión que se espera que manifieste el internado hacia su lugar de asilo y a la forma en que los internados pueden establecer cierta distancia entre sí mismos y aquellas expectativas de la institución. El cuarto ensayo, el modelo médico y la hospitalización psiquiátrica, apunta principalmente a los equipos profesionales para considerar el rol de la perspectiva médica en lo que se refiere a dar a conocer al internado la realidad de su situación insana.

En los resultados de la investigación, el autor pudo dar cuenta de las consecuencias en la estructura del individuo que tiene la institucionalización forzada del mismo, ello se ve en el despojo que sufre el individuo de todos aquellos atributos individuales y sociales que anteriormente lo hacía un ser social, extrayéndole su autonomía y libertad para desarrollarse en una situación social. Además, destaca la importancia de la exhibición corporal y mental que tiene el paciente y las fluctuaciones del trato del personal, en palabras de Goffman, el interno puede ver que el yo no es una fortaleza, sino una pequeña ciudad abierta, en donde los demás decretan que el yo construido con anterioridad por el paciente no es viable en esta sociedad. Desde la perspectiva profesional, se considerará que el trabajo a realizar consiste en “reparar” un organismo que no se encuentran en óptimas condiciones para “funcionar”, es decir, en el medio del hospital psiquiátrico y según la lógica del servicio de reparación, cuando a un individuo se lo convierte en un paciente mental institucionalizado de forma es para hacer del paciente un objeto de servicio.

El concepto del autor tiene relevancia en nuestra investigación ya que nos da un marco en el cual podremos situar la institución geriátrica que elegimos debido a que estipula una organización de horarios de comida y visitas familiares, cuentan con un reglamento de ingreso y convivencia, así como hay ciertas actividades que los residentes tienen prohibido eludir correspondientes al aseo personal, el cuidado de la salud y su alimentación. De todas formas, nuestra institución tiene un sentido matizado ya que dentro de la organización no se establece un sistema de premios y castigos, como tampoco hay prohibiciones de permanecer en sectores compartidos; además, la participación en las actividades recreativas para el tiempo libre está supeditada a la elección de cada residente.

A modo de cierre, precisamos decir que nuestra apuesta es indagar en la existencia de prácticas que nos den indicios de un posible envejecimiento activo que permite a los adultos mayores apropiarse de habilidades que contribuyen a un mejoramiento de su autoconcepto aún en un contexto institucional restrictivo. En esta investigación queremos observar ambos

aspectos del proceso de envejecimiento, es decir, procuraremos ver la coexistencia y la gestión de prácticas desocializadoras y resocializadoras en el contexto institucional de internación geriátrica.

CAPITULO II

El espacio de observación: Hogar de Ancianos “San Vicente de Paul”

En la presente investigación nos proponemos describir y comprender las experiencias y significados que adquiere la vejez para aquellos sujetos que transitan ésta etapa de la vida en instituciones geriátricas. Tal propuesta se encuentra enmarcada en el siguiente interrogante: ¿cuáles son las experiencias y significados que para los adultos mayores internados supone la vejez en el ámbito de instituciones geriátricas? Para lo cual barajamos la hipótesis de la cual emerge que los significados que el grupo de adultos mayores le atribuyen a la vejez constituyen la expresión de la imbricación de concepciones sociales, institucionales e individuales sobre lo que significa ser adulto mayor en la sociedad actual.

Para la realización de nuestra investigación nos propusimos tres objetivos:

El objetivo específico 1 será identificar la dinámica de “desocialización”, observando la intervención institucional en la reconfiguración de los conceptos de sí mismo y las prácticas de los adultos mayores que se encuentran en contexto de internación.

El objetivo específico 2 será identificar la dinámica de la “resocialización”, observando prácticas que contribuyan a la formación de reconfiguraciones identitarias positivas de adultos mayores en contextos de internación.

El objetivo específico 3 es identificar representaciones y prácticas adscriptas por miembros de los distintos estamentos de la institución geriátrica hacia los internados.

2.1. Los adultos mayores en datos

En términos estadísticos, se determina el inicio de la vejez a los 65 años. En términos gerontológicos, se consideran los 60 años, establecidos en el documento escrito en Madrid debido a la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, allí se aprueba el Plan de Acción Internacional. En tal documento, se denomina al grupo de más de 60 años como “personas de más edad”, “senescentes”, “ancianos”.

Al tal criterio adhiere la Organización Mundial de la Salud, en 1984 estableció que el término a utilizar para designar a las personas con una edad superior a los 60 años es “adultos mayores”, basados en un criterio cronológico y alternativamente se usa la palabra “anciano”.

En 2015, se creó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Dicha convención se agrega a las convenciones,

declaraciones, decretos y pronunciamientos a favor de los derechos de las personas mayores como ciudadanos, defendiendo su salud, integridad, en contra de su maltrato y discriminación. En el texto, se establece que una “persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo es aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento reculado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio”.

A nivel nacional, en 1948, Eva Duarte de Perón anunció el Decálogo de la Ancianidad que comprendía derechos de asistencia, vivienda, alimentación, vestido, cuidado de la salud física, cuidado de la salud moral, esparcimiento, trabajo, tranquilidad y respeto hacia los adultos mayores. En 1949, se incorpora a la Constitución Nacional, en el artículo 75. Estos derechos fueron proclamados por el Tercer Período de Sesiones de la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, por una distribución dual dada en París en septiembre de 1948, a partir de esa presentación de la República Argentina en las Naciones Unidas, el resto de los países del mundo comenzó a desarrollar esta temática.

2.2. La vejez en Argentina y Santa Fe

En nuestro país la población de adultos mayores de 60 años corresponde a un 19% de la población total, de los cuales 76.181 personas se encuentran en situación de institucionalización residencial, es decir, el 1% de la población total de adultos mayores. *(Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC)*

La provincia de Santa Fe tiene una población total de 3.194.537, de los cuales 513.585 son adultos mayores de 60 años, es decir, el 16,08%. Asimismo, el departamento La Capital tiene una población total de 525.093, de los cuales 76.536 son adultos mayores de 60 años, es decir, el 14,58, y quienes son adultos mayores de 60 años internados en instituciones geriátricas corresponden a 9120, es decir, el 2%, lo cual corresponde al porcentaje de adultos mayores de 60 años institucionalizados a nivel nacional. *(Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC)*

2.3. Instituciones geriátricas

A nivel provincial, el decreto 6030/1991, en su artículo 31 determina la reglamentación de Establecimiento Geriátricos destinados a ancianos. En el texto, se presenta el inicio de la vejez con el concepto de sujeto acorde a tal etapa de la vida: *“se entiende por anciano dependiente a toda persona mayor de sesenta (60) años que con un grado avanzado de minusvalía física y/o psíquica requiera asistencia continua para su alimentación, higiene, vestido y demás necesidades de su vida cotidiana. No podrán internar a ancianos con patologías psiquiátricas agresivas o que pudieran alterar el ambiente socio-anímico de los*

demás internados.” El decreto establece que la institución debe inscribirse en la Zona de Salud que le corresponda según el tipo de ancianos que alojen, según la Ley Provincial de Salud nº 9847.

El Gobierno de la provincia suscribe convenios con municipios, comunas, comisiones de fomento, SAMCOS y organizaciones con y sin fines de lucro. El Gobierno de la Provincia de Santa Fe posee convenios con hogares privados, pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro, para la internación permanente de adultos mayores. A los mismos pueden acceder las personas mayores de 60 años en estado de vulnerabilidad; autoválidos y semi-dependientes leves. A ellos se les brinda internación y atención integral y permanente, lo que incluye alojamiento, alimentación, vestimenta, medicamentos y atención médica y multidisciplinaria. El Estado provincial sostiene hogares oficiales de internación de ancianos y garantiza una cobertura de plazas de internación de adultos mayores auto-válidos, sin recursos económicos, a quienes se les brinda los servicios diarios de albergue permanente, alimentación, vestimenta, medicamentos, atención médica y atención multidisciplinaria. Para acceder a los hogares las personas deben ser mayores de 60 años, o tener vejez prematura, ser auto-válidos y/o semi-dependientes leves, sin recursos económicos.

2.4. Hogar de Ancianos San Vicente de Paul

El presente capítulo haremos una descripción detallada de la historia, infraestructura, composición demográfica, reglamentaciones y uso de los espacios que están reflejados en la vida cotidiana del Hogar de Ancianos “San Vicente de Paul”.

La propuesta considera importante dar cuenta de la historia de una institución que nació como un lugar de vivienda y alimentación para un amplio espectro etario, que ha ido mutando su composición demográfica tanto del grupo de residentes como del personal hasta llegar en la actualidad a constituirse como un hogar de ancianos.

El enfoque está concentrado en comprender el tipo de sujetos que pueden ser residentes de la institución, es decir, aquellos que reúnen unos tipos específicos de atributos, y así ver las formas que toman los diversos usos que cada uno de ellos hace de los espacios privados, comunes y prohibidos de la institución. Esta perspectiva de descripción es importante para guiar la mirada en las formas de caminar, vestirse, sentarse, en los objetos trasladados por los residentes en sus caminatas diarias, en todo aquello que constituya una disputa por el espacio personal y el reconocimiento de la individualidad, en un lugar donde la intimidad es considerada un bien escaso.

2.4.1. Historia de la institución

El Hogar de Ancianos San Vicente de Paul es una institución dedicada al asilo de ancianos con 106 años de trayectoria, desde sus inicios en 1912. La institución es parte de la

Sociedad de San Vicente de Paul de la República Argentina, conformada como una asociación civil sin fines de lucro.

La historia del hogar se remonta a 1907, cuando la Conferencia de Señoras Vicentinas de San José, presidida por la Sra. Teresa Cora de Benuzzi, proyecta y auspicia el Asilo de Mendigos de San Vicente de Paúl. El 16 de mayo de 1908 se dio inicio al nuevo Asilo u Hospicio de Mendigos cuyo padrinazgo ejerció el Gobernador de la Provincia de Santa Fe.

El 24 de junio de 1913, las Hermanas Carmelitas Misioneras comienzan a regentar el asilo previa firma de un contrato suscripto por Úrsula Monastrol (delegada de la superiora general de Casa Madre de Barcelona) y las responsables de la Comisión Teresa de Benuzzi, (presidenta), Elena de Rivera (vicepresidenta) y Luisa J. de Mast (secretaria). Desde el comienzo de su puesta en marcha, con 60 ancianos de ambos sexos, se advirtió la necesidad de completar la construcción con nuevos pabellones. Los recursos para tal edificación fueron recaudados por la contribución de los gobiernos nacional y provincial. Las obras de ampliación se ultimaron en dos etapas: un primer pabellón nuevo se inauguró el 22 de diciembre de 1925; otro, el 24 de septiembre de 1930. Con estas obras casi se triplicó la capacidad del centro benéfico, pudiendo atender convenientemente hasta 180 ancianos, 120 varones y 60 mujeres.

El 21 de abril de 1976, a pedido de Monseñor Zaspé se forma la Comisión de la obra especial de la Sociedad San Vicente de Paul. El 9 de agosto de 1981 se iniciaron las obras del nuevo y moderno edificio ubicado en Dr. Zavalla 2367.

Desde su apertura en 1912, la institución estuvo gerenciada por la congregación de hermanas de la Asociación San Vicente de Paul para la asistencia de indigentes, mendigos, niños y ancianos. Con el paso del tiempo la institución comenzó a tomar un perfil definido debido a la demanda social proveniente de la problemática de vivienda y acompañamiento de ancianos, de esta forma se fue convirtiendo de a poco en el Hogar de Ancianos que existe en la actualidad, acotando su población a esta etapa de la vida.

Para el año 2007, las hermanas fueron falleciendo y el hogar comenzó a organizarse por una comisión directiva. Tanto en los años que estuvieron las hermanas y luego con el nuevo modo de dirección, la institución sostuvo una forma de organizarse como una ONG y los recursos recaudados provienen del cobro de cuotas a los residentes, del aporte de particulares y empresas, del alquiler de departamentos y un inmueble destinado a un colegio privado que se encuentran aledaños al hogar; dichos ingresos no sirven a beneficio personal de la comisión directiva del momento, sino a la manutención del edificio y de la vida cotidiana de la institución.

2.4.2. Infraestructura y servicios

Al nivel infraestructural es interesante tomar como referencia el decreto provincial nº6030 de 1991, art. 31, es una legislación que normativiza los aspectos infraestructurales, edilicios y de ingreso y aceptación médicas de los residentes. Allí se establece: “*Características*

generales del inmueble: Todos los ambientes destinados a los ancianos, preferentemente estarán en planta baja y sin desniveles que puedan provocar accidentes pero en caso de existir, deberán ser salvados mediante rampas fijas o móviles con un sistema de sujeción acorde con las características de la misma y con superficie antideslizante. Deben ser fijas para desniveles mayores a 20 cm. La pendiente máxima admitida no podrá ser superior al 6%. Si la longitud de la rampa supera los cinco metros (5 m), deberán realizarse los tramos inclinados de un metro ochenta centímetros (1,80 m) como largo máximo.”

Teniendo en cuenta lo establecido por la legislación provincial en torno a las disposiciones mínimas que el inmueble debe tener para funcionar como hábitat de adultos mayores, pudimos tomar las características de la institución al ingresar a su sitio web. Allí se establece que el hogar cuenta con tres niveles en el edificio:

a) La planta alta consta de 10 habitaciones con baño, cocina, office, biblioteca y terraza.

b) La planta baja está compuesta por: sala de recepción, dos sectores de dormitorios comunicados con el resto del edificio mediante galerías cubiertas, un sector de habitaciones ubicadas en el anexo, dos amplias salas de estar con T.V, dos patios interiores, jardín, un salón de usos múltiples, una capilla, dos salones para labores, un comedor con capacidad para 120 personas, un comedor con capacidad para 10 personas, cocina, enfermería, consultorio médico, dependencias administrativas y sala de reuniones, .

c) En el subsuelo, de 380 m2 funciona: lavadero, secado, planchado, depósito de ropa, cámara frigorífica y vestuarios para el personal civil, y sala de fallecimiento.

Asimismo, en el sitio web también se especifica los servicios que la institución que se dividen entre el Hogar Permanente y el Hogar de Día.

Por un lado, el hogar permanente cuenta con habitaciones de hasta tres camas con baño privado, instalaciones climatizadas, alimentación adecuada balanceada por nutricionistas, atención médica, servicio de enfermería las 24 hs, servicio de emergencias médicas SURSALUD, servicio de mucama (capacitadas para atender a adultos mayores), sala con máquinas, bicicletas, etc. para realizar mantenimiento y rehabilitación, actividades: educación física, actividades lúdicas, talleres varios, proyección de películas, contención espiritual, seguridad – servicio de portería, espacios especiales para el esparcimiento y entretenimientos, patios internos y jardines para el relax.

Por otro lado, el hogar de día en donde se realiza un recibimiento por parte de personal especializado, desayuno, almuerzo y merienda, suministro ambulatorio de medicamentos, dormitorios para que los abuelos puedan descansar o reposar realizando una siesta reparadora y todos los demás servicios prestados a los residentes permanentes.

Luego de realizar varias visitas al hogar, observamos con detenimiento la disposición de los espacios y al mantener conversaciones con los residentes, podemos afirmar que la posición de los adultos mayores está pensada según el grado de enfermedad o dificultad física para llegar al comedor, lugar al cual deben asistir para las cuatro comidas al día. De esta forma, en la primera zona de habitaciones, ubicada antes del comedor se sitúan las mujeres que tienen mayores dificultades evidenciadas por el uso de sillas de ruedas. En la segunda zona, situada atrás del comedor, se encuentran mujeres y hombres que no usan elementos para movilizarse por el espacio pero presentan algún tipo de lentitud al caminar. El lugar más alejado del comedor estaría ubicado en el anexo, allí encontramos habitaciones de mujeres que se encuentran en buen estado físico y que pueden desplazarse hasta el comedor, lo cual supone una distancia de 100 mts aproximadamente. En las habitaciones de planta alta viven mujeres que pueden caminar por sí mismas ya que en ese sector no hay un espacio exclusivo para el personal por lo cual las empleadas no están constantemente caminando como sí ocurre en la planta baja, por eso es necesario que los residentes que tengan sus habitaciones en este lugar estén en condiciones de trasladarse por sí mismos, es decir, son adultos mayores autónomos, más allá de que utilicen bastón o andador para ir hacia el comedor.

2.4.3. Composición demográfica

La composición demográfica del hogar cristaliza dos situaciones diferentes y constituye la clave para analizar dos tipos de sujetos distintos: el personal y los residentes. Esto se refleja a través de las cualidades que presentan los profesionales en cuanto a sus capacidades de atención y la selección de adultos mayores que hace la institución para convertirlos en residentes, lo cual manifiesta una apertura parcial para cualquiera de dichos sujetos.

2.4.3.1 El personal

El grupo del personal se encuentra integrado por: encargado, secretaria, dos porteros, dos enfermeras, un psiquiatra, un nutricionista, una cardióloga, dos cocineras, un nochera, un empleado de limpieza para la zona de hombres y veintidós empleadas de limpieza mujeres encargadas del resto de la institución. En conversaciones con el encargado y al interrogar sobre los requisitos de ingreso como empleado de la institución, sostuvo que *“más que estudios estrictos y específicos, nos fijamos en que la persona que venga a trabajar tenga experiencia con ancianos, y sobre todo tenga paciencia, tranquilidad y empatía, por eso hacemos una prueba de algunos meses para ver cómo se lleva con el trabajo...porque este no es un trabajo por necesitar un trabajo nomás, es un trabajo que te guste hacer.”* (Entrevista Encargado – 22/03/2016)

Podemos pensar que la lógica institucional propone una idea de trabajo con el otro, con la premisa de la empatía tanto con el sujeto de cuidado como con la tarea que realiza. En el extracto anterior de la entrevista queda evidenciado que desde la dirección del hogar, se pretende que todo el personal, desde quienes realizan trabajos de jardinería, limpieza,

mantenimiento, como así también el personal médico y enfermeras, esté formado por la experiencia ligada al cuidado del adulto mayor, la buena predisposición en escuchar a los residentes, respetarlos según sus tiempos y procesos individuales, y para ello demostrar una fuerte empatía hacia este grupo de edad.

Asimismo, en el grupo del personal encontramos que prevalece la presencia de mujeres por sobre la de los hombres, teniendo en cuenta que la parte del personal que más tiene a su cargo la institución son las empleadas de limpieza y ayudantes de cuidados. Al observar el organigrama, podemos ver que si bien en su mayoría trabajan mujeres, los cargos jerárquicos y aquellos puestos desde los cuales se tiene personal a cargo, son ocupados por hombres. Tal es así que el presidente de la comisión directiva, el encargado del hogar y el portero, son hombres. A nivel salud, existe una organización disciplinar complementaria entre médicos y enfermeras, el encargado de la medicina es un hombre, y las encargadas de la enfermería son dos mujeres para los turnos a cubrir.

2.4.3.2. Los residentes

Son una población de adultos y adultas mayores de 60 años, la proporción está dada por 103 mujeres y 17 hombres. Según el decreto provincial nº6030 del año 1991, art. 31, la institución que tomamos por objeto de observación es un *establecimiento geriátrico destinado a ancianos semidependientes*, al respecto prosigue: *“Se entiende por anciano semidependiente a toda aquella persona mayor de sesenta (60) años que requiere parcial y/o eventualmente supervisión o asistencia para la ejecución de actividades de la vida diaria (alimentación, higiene, vestido y otras necesidades). No podrán internar personas con patología psiquiátrica agresiva o que pudiera alterar el ambiente social anímico de los ancianos.”*

Por su parte, en la entrevista el encargado mencionó que lo importante es contar con los siguientes atributos: tener más de 60 años, ser independiente, realizar un control con carpeta médica al ingresar, sobre todo para detectar pacientes psiquiátricos que la institución no puede atender.

En el inciso 1º del Reglamento del Hogar, se establece: *“para el ingreso de los residentes se requiere una edad mínima de 60 años y que puedan valerse por sí mismos, es decir, que puedan trasladarse, comer y bañarse sin ayuda o con una mínima asistencia”*. De esta forma, para complementar el encargado sostiene que *“si ves a gente en silla de ruedas es porque acá con el pasar del tiempo o de la enfermedad de cada uno se fueron deteriorando”*, y plantean la importancia de la relación con la familia *“nosotros no somos un depósito de personas.”*, agregó. (Entrevista Encargado – 22/03/2016).

En el párrafo anterior podemos ver la manera en que pretende presentarte al público la institución. Al plantear que necesitan que los potenciales residentes entren caminando, estarían poniendo en evidencia que buscan dar vivienda a sujetos adultos mayores que puedan

desarrollar su vida por sí mismos y que están ahí porque alguna situación familiar de tipo interaccional, económico o dificultades para vivir sólo se hayan puesto de manifiesto y precisen de un acompañamiento profesional. Ello está en relación con la posterior frase donde especifica que ellos no serían un depósito de personas, es decir, la institución se presenta como una alternativa a las problemáticas que llevaron a los adultos mayores o su familia buscar ese lugar como vivienda, en este sentido, desde el hogar pretenden mantener el vínculo e incluso mejorarlo y por eso buscan maneras en que se acreciente el número de visitas a los residentes.

Es necesario resaltar que la idea de presentar a la institución como un hogar y no un depósito de personas, se encuentra reforzada por tres aspectos narrados por el encargado y asentados en el Reglamento del Hogar.

En primer lugar, cobra relevancia el inciso 2º del Reglamento en el cual se estipula: *“la conducta del residente debe manifestar su voluntad de ingresar al hogar y permanecer en él”*. Éste inciso tiene relación directa con lo relatado por el encargado de la institución cuando en la entrevista hizo mención en varias ocasiones en remarcar la advertencia de que no son un lugar de depósito. Es decir, no sólo ello implica que la familia establezca una constante relación con el residente adulto mayor sino también que el proceso de internación precisa de su voluntad.

En segundo lugar, está estipulado que los adultos mayores siempre tienen posibilidad de un período de prueba tanto para que los potenciales residentes conozcan el lugar, como para que la institución conozca la persona. Tal como establece el inciso 24º: *“el hogar dispone de 15 (quince) días de prueba a fin de apreciar las condiciones generales del residente y evaluar su continuidad en la institución”*.

En tercer lugar, es importante agregar que en las conversaciones el encargado hizo énfasis en que la institución sirve de vivienda y comodidad al adulto mayor, pero no implica el abandono de la persona, por lo que siempre están buscando que la conexión con la familia se mantenga y mejore. Según sus dichos: *“nosotros buscamos que esto sea un hogar y no un geriátrico ni una residencia, sino tomarlo como familia”* (Entrevista Encargado – 17-02-2016). Para enfatizar la idea anterior, sostiene: *“en el reglamento de ingreso están los puntos de convivencia, de respeto, y de la relación interpersonal entre el abuelo y el familiar. Se busca que haya relación porque si no es una cuestión de depósito, en eso somos muy estrictos. Nosotros hacemos bastante contención, pero no la contención suficiente que necesita de su familia, la cual es imposible de suplantar.”* (Entrevista Encargado – 17-02-2016). Los relatos del encargado están reforzados en el reglamento institucional por un lado, una obligación estipulada en el inciso 16º *“Cada residente tiene que contar con 1 (una) visita semanal obligatoria por las personas responsables y del círculo íntimo del abuelo, como mínimo. Las visitas deben quedar registradas en el libro de visitas habilitado al respecto. Las mismas serán controladas semanalmente para comprobar el cumplimiento de este inciso”*; y por otro lado, el mencionado control puede conllevar a las acciones establecidas en el inciso 22º *“En caso de comprobar que*

quienes tienen la obligación de mantener y/o cuidar al residente, entendiéndose como tales los responsables firmantes del presente reglamento, han dejado al mismo en situación de desamparo o abandono, se tomará el curso legal correspondiente a cada caso, comunicándose a la justicia civil o penal, según correspondiere”.

El ingreso a la institución del adulto mayor precisa de un primer paso para su aceptación: la formación de una carpeta clínica médica. Sobre este punto la reglamentación provincial estipula: *“Ingresado el anciano y antes de las 48 hs. deberá ser examinado clínicamente con pruebas de laboratorio y radiografías solicitadas. Con todos los antecedentes sociales, radiológicos y de laboratorio necesarios se formará la historia clínica que incluirá la escala de evaluación estipulada por la Dirección de Auditoría Médica. La misma será por lo menos evolucionada semanalmente, pasará a formar parte del legajo del anciano, tendrá carácter reservado, pudiendo acceder a él, el responsable y/o director, el médico, asistente social o enfermera. El anciano hospedado y en lo posible un familiar allegado deberá firmar un conforme de internación, este familiar será el responsable de su estadía y eventual alta.”*

Así se establece también en la última oración el rol del familiar a cargo, o como lo denominan en la institución: el tutor. El cual se encarga tanto de firmar el conforme de internación junto al adulto mayor, y además toma la responsabilidad de su visita habitual de rutina o excepción a profesionales médicos y de hacer llegar al hogar los medicamentos necesarios de cada residente, también es encargado de pagar la cuota del residente y de proveer de dinero y todo lo necesario para la vida en el hogar, así queda establecido en la normativa de la institución: *“el suscriptor se compromete a suministrar al residente las respectivas vestimentas y artículos de uso personal, higiene y tocador, como así también los pañales en caso de necesitarlos, a fin de que el residente presente una imagen digna en relación a su aspecto personal e higiene”.*

Otro aspecto destacable del ingreso son los elementos personales. En el Reglamento, inciso 7º, se establece: *“al ingreso del residente se hará un inventario de los objetos o elementos que tengan en posesión pudiendo retener aquellos no autorizados. Los elementos no autorizados se entregarán a los responsables. Las prendas de uso personal tendrán que estar marcadas con nombre y apellido del residente a fin de evitar su pérdida”*, asimismo, en la misma normativa se solicita que el adulto mayor al ingresar lleve consigo: ropa de estación, dos toallas de cara, dos toallas de baño, dos juegos de sábanas, medicamentos, pañales (si es necesario) y elementos de aseo personal. En conversaciones con residentes, al narrarnos sobre sus experiencias de ingreso al hogar, comentaron que cuando llegaban traían consigo un bolso pequeño con las pertenencias necesarias para el momento: una muda de ropa, cepillo de dientes, radio, fotos, cartas, pañuelos, anteojos. A medida que pasaban los días los familiares tutores estaban encargados de llevar al hogar más ropa y los elementos que los residentes les soliciten y que puedan entrar en la habitación. Según lo relatado podemos decir que los elementos a los cuales hacen mención son aquellos objetos que posibilitan la conformación de

lo propio para cada adulto mayor, no pudiendo trasladar algún tipo de mobiliario ya que el espacio tiene todos esos elementos.

2.4.4. Análisis espacial. Notas y reflexiones sobre el trabajo de campo

Para ingresar a la institución, el mecanismo requerido fue llevar una nota en donde se explicitó de forma escueta mi objetivo: asistir al hogar para observar y conversar con los adultos mayores y el personal a fin de llegar a una comprensión de la vivencia de la ancianidad en tal institución. Dicha presentación fue hecha en una reunión con el encargado, el cual expresó:

“Cuando vengas hacelo en el horario de visitas, te muestro las instalaciones para que no te pierdas, pero después organizate como quieras, hace tu investigación, yo no te voy a seguir, ni voy a mandar a los enfermeros a que miren lo que haces, en eso tenés libertad.” (Entrevista Encargado – 25/07/2015)

A partir de ese momento comencé a ir algunas tardes a observar y tener conversaciones naturales. En esas visitas conocí algunos lugares de la institución y mantuve conversaciones con residentes que se encontraban sentadas o que iban paseando por los diferentes sectores, allí el objetivo perseguido consistió en no ser un factor influyente en la cotidianidad del lugar para no generar actitudes alteradas frente a mi presencia.

Luego de realizar estas visitas en varias ocasiones, me di cuenta que para lograr dejar de ser una “extraña” y formar parte del espacio social debería presentarme con una actividad o un fin determinado. Mi conocimiento acerca de la disposición de los espacios y de los sujetos que lo habitan ya era mayor: asistir a alguna actividad que hagan los residentes para comenzar a mostrarme, hacerme una persona asidua y conocida en la vida cotidiana de la institución y establecer conexiones que me permitan profundizar el trabajo de campo, se convirtió en mi nuevo objetivo. Fue así como decidí comenzar a participar del taller de memoria que se desarrolla los días martes. El taller funciona en el espacio destinado para la biblioteca. Allí se realizan actividades para mantener agilizada la memoria, generar procesos que funcionen para reactivarla y desarrollar el aspecto cognitivo de los residentes. La profesora realiza diversas actividades de matemática, lecturas de comprensión y otras lecturas de reflexión que son las que más les interesan a los adultos mayores que asisten.

Mi rol en el taller fue de participante activa de las actividades, llevando lecturas para reflexionar, interviniendo en las actividades y sobre todo ayudando a quienes tenían dificultades para resolver los ejercicios planteados por la profesora. De esta manera comencé a ser considerada como “una conocida” o “alguien más” de la institución para algunas residentes con quienes, al frecuentar en el taller, comenzamos a construir una relación de confianza que habilitó la realización de las entrevistas en profundidad para mi investigación.

Las visitas para el trabajo de campo se hicieron generalmente de tarde y eventualmente por la mañana para reunirme con el encargado. Por la tarde asistía a la actividad del taller de memoria y antes o después hacía recorridos con distintas adultas mayores que participaron del taller, de esa forma, ellas iban mostrándome diversos lugares, las actividades que se hacen en cada uno de ellos, los espacios ocupados por distintos residentes y me presentaba al personal que estaba en ese momento. Las oportunidades que tuve para ir de mañana me sirvieron para realizar una contrastación con la tarde y puede ver que en este segundo momento del día circula mayor cantidad de gente. En cambio, por la tarde, los residentes reciben visitas familiares o amigos que van al hogar por eso muchos se encuentran caminando por los pasillos, o sentados en la sala de espera y el jardín, aguardando la visita. Luego, indagando en conversaciones y entrevistas me han comentado que por la mañana la mayoría de los adultos mayores desayunan y vuelven cada uno a su habitación, excepto los días martes y domingos que hay misa y muchos asisten, o asimismo, los días domingos hay gran cantidad de visita de familiares o pasan a buscarlos para pasear.

2.4.4.1. Ingreso al mundo institucional

Para acceder a la institución hay que completar una planilla con algunos datos personales, horario y motivo del ingreso; del mismo modo, la salida también debe quedar registrada. Esto aplica tanto para las personas externas como para las internas, por ejemplo, si un residente sale para ir a comprar algo.

Es necesario mencionar que en el reglamento institucional queda establecido en el inciso 17º: *“Los residentes podrán salir de los límites del Hogar de Ancianos en forma autónoma siempre que cuenten con el permiso por escrito del responsable”*. Al respecto, el encargado de la institución relata:

“El familiar determina absolutamente todo, como va a ser su vida acá adentro. Si va a ser de absoluta libertad, de media libertad o no pueden salir para nada. Aquellos que no pueden salir tienen el hogar. Aquellos que tienen salidas medias sabemos que pueden ir al kiosco acá a media cuadra, a la esquina, y a la farmacia, tienen un tiempo estipulado si en veinte minutos no vuelven los vamos a buscar, para que no tengan tiempo de ir a un lugar más lejano. Y después tenés los que son absolutamente libres, andan como quieren, y todo eso queda a responsabilidad de la familia, a pesar de que nosotros sabemos donde va a estar.” (Entrevista Encargado – 19/04/2016)

Para entrar es necesario tocar el timbre y el personal encargado abre con un portero eléctrico, no existe la posibilidad de abrir con un picaporte desde adentro o afuera, sólo el encargado del portero puede dar la orden de abrir el portón. Al ingresar se puede notar un jardín en el frente con plantas florales, como así también en el patio, por lo que se ve cubierto de vegetación todo el espacio alrededor de la zona edificada. En todo ese espacio hay bancos

de plaza, caminos con piso antideslizantes, también hay gárgolas y árboles para dar sombra y una virgen. Observando esta zona, pudimos ver que los espacios más utilizados para tomar aire, sentarse a charlar con algún familiar o compañeros de residencia, son los bancos situados al frente del edificio que dan a la entrada principal del hogar.

Habiendo ingresado al edificio lo primero que nos encontramos es la sala de recepción. Allí hay sillones de espera, grilla de actividades y una planilla para firmar entradas y salidas. A la derecha hay dos oficinas: la oficina de administración, donde por la mañana realiza sus actividades el encargado. Allí se encuentra todo lo referido a la documentación del hogar, reglamentación de ingreso, registro de personal y de residentes, y monitores de las cámaras que están en todo el edificio; y la oficina de secretaría, donde se abona la cuota mensual, se llevan las órdenes de las obras sociales, se dejan los medicamentos para los residentes y hay un fichero para el personal. A la izquierda se encuentra la portería, allí el personal dispuesto para esa tarea está encargado de abrir y cerrar el portón de entrada y atender el teléfono. En dicho lugar hay un box para que los visitantes y el personal guarden sus pertenencias. Asimismo, siguiendo por esta zona encontramos la escalera y el ascensor que nos lleva a la planta alta.

Este lugar constituye un espacio público de paso. Allí los residentes circulan para salir del edificio hacia el jardín del frente, tienen acceso para solicitar algún arreglo o consultar si su familiar llamó al portero. Podemos encontrar dos sillas en las que muchas veces se encuentran esperando que los busquen, y allí también pueden esperar los visitantes que van por primera vez.

2.4.4.2. Habitaciones

En la institución hay lugar para que vivan 120 personas. Existen 10 habitaciones individuales y 37 habitaciones compartidas entre 3 adultos mayores.

Habitaciones privadas en Planta Alta.

Para ingresar a las *habitaciones privadas*, debemos dirigirnos a la zona de portería y a la derecha hay un ascensor que usan los residentes y una escalera utilizada en su mayor medida por el personal. En la planta alta hay 10 habitaciones y 5 baños compartidos cada dos habitaciones. Dos de esas habitaciones tienen salida a un balcón. En el piso hay una cocina, un lavadero, un patio frente a las habitaciones con un tendersol para colgar la ropa, una sala de oración y otra sala de reuniones. El acceso a esta parte sólo está permitido para los residentes que viven allí, sus familiares y el personal encargado de esta zona.

Cada habitación en sí misma pudo ser construida por la facilidad de dormir de forma individual como un espacio propio de cada residente. Todo lo que allí se encuentra forma parte de esa persona: una cama individual con su estilo propio de sábanas, frazadas y almohadones; una mesita de luz que coincide con la cama y puede tener varias cosas como un velador,

portarretratos, rosario, radio, libros, celular; el armario encastrado en la pared es parte de la pieza y allí tiene lugar para guardar su ropa, también de la institución es una pileta que es usualmente utilizada para el lavado de tazas, cubiertos y aseo personal. Asimismo, en estas habitaciones podemos encontrar sillas o muebles que provienen de su hogar. Todo se presenta como de uso propio.

Habitaciones compartidas: primera zona.

Posicionados en la sala de recepción hay una rampa que nos lleva al primer pasillo de habitaciones. Hacia la derecha están las habitaciones de mujeres que están en sillas de ruedas, dispuestas en ese lugar ya que se encuentran en mayor cercanía para ir al comedor, lugar donde se dan las cuatro comidas del día. Hacia la izquierda hay habitaciones de mujeres y está la enfermería, es allí donde están internadas los residentes que precisan de una atención constante, quienes ya han perdido capacidad de valerse por sí mismas.

En cada pasillo, hay un espacio de cocina, donde hay heladeras y muebles para que los residentes puedan guardar alimentos que los familiares o ellos mismos se compran. En estos espacios realizan sus comidas diarias los residentes de estas zonas, consideradas críticas, ya que precisan de mayor atención al momento de las comidas. En relación a ello, el encargado afirma: *“Los que no son autoválidos comen en los sectores chicos, en el A y B. Ahí puede haber un promedio entre 15 y 20 personas, está gente que no puede compartir una mesa sea por condiciones neurológicas o físicas. Porque compartir una mesa requiere una serie de conductas.”* (Entrevista Encargado – 19/04/2016)

Allí encontramos diversos mecanismos de defensa de los bienes alimenticios personales, como pueden ser tupper con nombre y apellido, con cintas cruzadas, como así también cajas con llave que son apropiadas para conservar alimentos en la heladera.

Habitaciones compartidas: segunda zona.

Situados en el corredor central, entre el comedor y la zona de descanso, encontramos el segundo pasillo. Hacia la derecha hay habitaciones de mujeres, una salida hacia el costado norte del jardín que rodea al edificio, también hay un patio que conecta las habitaciones de la primera zona y las de la segunda zona, a la mitad del recorrido, luego del patio interno, hay un espacio pequeño que lleva al segundo comedor para las personas que tienen mayor dificultad para comer y movilizarse, y allí tienen atención más personalizada, asimismo, allí viven los residentes con dificultades motoras que asisten a clases de kinesiología que se dan en el denominado “salón de kinesiología”, dicho salón es utilizado lunes y miércoles por la mañana para las clases de gimnasia, a la cual pueden asistir todos los residentes, excepto por restricciones de salud.

Hacia la izquierda nos encontramos con la cocina, en su costado hay un fichero de horarios de las cocineras y ayudantes de cocina. Siguiendo hacia el sur, hay habitaciones que

corresponden a los hombres, la atención de enfermería para diversos controles semanales u ocasionales. Al seguir por allí, hay un pequeño corredor que lleva a una puerta que dirige a la lavandería y el patio, pero sólo se puede salir por allí si la puerta está abierta y sin la cortina roja, si sucede esto es porque hubo un fallecimiento y el residente fallecido se traslada por ese espacio.

Volviendo al pasillo de las habitaciones, encontramos un patio interno que une las habitaciones del primer pasillo con el segundo, siguiendo hacia el oeste, hay una sala de oratorio, otro comedor, y cocina más grandes con heladeras para sus pertenencias, y al ser más grande también funciona como zona de descanso donde hay televisores. Al ir hacia el oeste, salimos del edificio, y nos dirigimos al patio.

Habitaciones compartidas: el anexo.

Al salir del edificio, está el patio, hay una virgen para orar. Siguiendo derecho al edificio hay un pasillo cubierto que nos lleva al anexo. Allí hay un salón grande donde se hacen las clases de gimnasia cuando asisten muchas personas, y generalmente hay sillas, mesas y sillones, donde los familiares visitan a los residentes. Allí hay habitaciones compartidas de mujeres que están en buen estado físico y son capaces de caminar hasta el comedor, el cual se encuentra a una distancia considerable.

2.4.4.3. '¿Dónde estoy?'

El interrogante usado como título de este apartado pretende funcionar como un disparador para pensar qué tipo de espacios reservados a la propia persona se pueden construir en la institución, ya que una vez viviendo allí cada adulto mayor ha podido llevar consigo muy pocas cosas de su hogar anterior a la institución. Siguiendo en esta línea, cada una de este tipo de habitaciones comporta distintos tipos de espacios según el sujeto al cual nos referimos:

En el nivel del espacio más propio de todos, la cama y mesita de luz serán los lugares exclusivos que cada residente domina como espacio para desarrollar su sí mismo, allí puede haber radio, cartas, flores, portarretratos particularmente de nietos, y sus padres. Al mismo tiempo, este espacio se encuentra extendido al salir de la habitación con los elementos que todos llevan consigo: carteras, bolsas, bolsitos, estuches, cartucheras, en donde guardan la llave de la habitación, teléfono celular, pañuelos, mazo de cartas, mate, caramelos, fotos.

Luego, encontramos un espacio compartido por tres personas. Dicho espacio es la habitación en sí misma. Compartir dicho lugar dependerá de la relación que han podido formar entre si quienes co-habitan ese espacio. Pueden tener elementos que alguno trajo como televisor y aire acondicionado, juegos de mesa, lecturas, todos elementos que pueden ser compartidos. Así mismo, según el pacto que se establezca cada uno puede ingresar con sus visitantes y amistades formadas en el hogar. Sin embargo, a menos que se conceda la entrada

está prohibido el ingreso para toda persona ajena al lugar: resto de residentes y visitantes. Para el momento de la limpieza, las empleadas que estén en el turno correspondiente deberán anunciarse y pedir permiso para ingresar. Esto sucede si es una habitación donde sus ocupantes están en óptimas condiciones para decidir, decimos esto porque pudimos ver otras habitaciones donde por lo menos una de sus residentes se encuentra en silla de ruedas o acostada, allí el permiso se da como algo hecho y las empleadas ingresan para asear el lugar.

El pasillo es el siguiente momento. Este es utilizado como lugar de salida de la habitación por los residentes que viven en habitaciones aledañas. Es considerado un espacio público para todos: residentes, personal y visitantes. Para quienes tienen su habitación en el pasillo es un lugar de descanso, y para aquellos que duermen en otra zona del hogar constituye un momento de saludo al caminar o simplemente un lugar de paso. El salón ubicado en el anexo cumpliría la misma función que el pasillo.

En la fotografía imaginaria que representamos con la descripción de los espacios en las habitaciones, da cuenta de que los objetos y lugares no están determinados con anterioridad en su uso, sino que tienen una apropiación diferenciada subjetiva a cargo de cada sujeto. Por ello hay diferentes funciones asociadas a los espacios según cada residente lo muestre en sus actos o relatos.

En la institución geriátrica podemos ver que los límites entre las regiones anterior, posterior y exterior están bastante desdibujados respecto a la vida social anterior, es decir, aquella vida que llevaban viviendo solos en su casa, compartiendo con alguna amistad o en compañía del núcleo familiar. En la experiencia vivencial actual, las habitaciones y baños no son utilizados por sí mismo, familiares y/o conocidos, sino que todo es compartido por sujetos extraños y todo es visto por el personal que constantemente pasa a limpiar. Tal situación no se da de esa manera en las habitaciones individuales, las cuales no sólo están apartadas del resto por estar en el piso superior sino que en su pasillo no circula la cantidad de gente que si circula en los pasillos de la planta baja. En la institución todo aquello a lo que los sujetos estaban acostumbrados a guardar en la privacidad se encuentra expuesto.

2.4.4.4. Espacios compartidos

En el decreto provincial nº 6030 de 1991, en su art. 31 se encuentran normados los establecimientos geriátricos. En sus incisos se establece la composición de los lugares compartidos, así vemos establecidas: *“Sala de estar, esparcimiento, biblioteca, recibo o similares, la suma de todos ellos deberá tener como mínimo dieciséis metros cuadrados (16 m2) y calculando dos metros cuadrados (2 m2) por persona hasta quince (15) camas; un metro cuadrado cincuenta centímetros (1,50 m2) para las próximas quince (15) camas y un metro cuadrado (1 m2) para las siguientes; deberá poseer por lo menos reloj de pared y almanaque a los fines de favorecer la orientación temporo-espacial de los internados.”*

Luego de la primera zona de habitaciones, volviendo a la rampa, en el medio del pasillo se encuentra a la derecha un comedor grande con capacidad para 70 personas. En el reglamento institucional está estipulado el ítem de la alimentación, así el inciso 13° dispone: *“la dieta de los abuelos se encuentra establecida por profesionales en nutrición, quienes prescribirán el régimen de comidas a aportarse; el responsable podrá requerir el suministro de un régimen especial, dado las necesidades alimenticias del abuelo/a, lo que será amortizado de forma separada a los costos de estadía”*. Allí se alimentan en las cuatro comidas del día la mayoría de los residentes (pese a que el desayuno y la merienda no son obligatorias). Los lugares están establecidos desde el primer día que llega cada residente, algunos cambios se realizan si hay problemas de convivencia, y otros por cuestiones de alimentación: por ejemplo, hay una mesa que está destinada para los diabéticos.

Posicionados en el comedor, encontramos que frente a la entrada del mismo hay un *salón de descanso* con sillones, mesas con revistas, televisores con el mismo canal y un piano. Ya estando en este salón podemos ingresar a la capilla. Allí se da misa los días martes y jueves, por el sacerdote que vive en el hogar en la zona de los hombres. Los días domingos, viene al hogar un sacerdote de otra iglesia, y la misa es abierta a la comunidad.

En los horarios cercanos al momento de cada comida podemos ver la manera en que cada uno de los residentes comienza su trayecto hacia el comedor y se ubica en el lugar establecido. Luego de las comidas, el comedor va quedando vacío y las empleadas dejan preparado el espacio para la comida siguiente. Excepto los viernes que es el día en que se realiza, luego de la merienda, el bingo. En frente del comedor, en la zona de descanso donde hay sillones, revistas y televisores, siempre podemos ver alrededor de 10 o 12 residentes que están sentados de forma silenciosa, algunos acompañados por sus familiares, y atentos a la televisión, en general se ve un ambiente de personas que están ensimismadas en sus pensamientos y sentimientos, mirando hacia abajo y manteniendo pocas palabras con quienes tengan al lado, particularmente hemos visto algunas situaciones tanto en estos lugares de reunión como en los pasillos donde hay gente sentada que cuando se genera alguna situación incómoda, como puede ser que una residente pase caminando y le saque la revista a otra, se produzca un momento de tensión y defensa del espacio personal, tan importante para la construcción de la identidad personal en este lugar donde la mayoría de las cosas son de todos.

En la zona posterior al comedor, está ubicada la sala de kinesiología, así denominada por los residentes y el personal, está destinada particularmente para los adultos mayores que deben realizar una actividad de rehabilitación específica con el equipo de kinesiología, fisioterapia y terapia ocupacional. La modalidad de organización de la actividad se da a partir de la contratación de un equipo de profesionales privados o por obra social para uno o varios residentes que realizan las actividades los días martes y jueves. Asimismo, en la sala hay bicicletas fijas que el resto de los residentes tienen posibilidad de utilizar en el horario de la

siesta cuando allí no se realiza ninguna actividad, sin embargo, por comentarios de una residente entrevistada, supimos que hubo inconvenientes para ir a hacer dicha actividad de forma autónoma ya que está disponible en la zona de portería una sola llave para ese espacio, por lo que para hacer la actividad por sí misma, el personal encargado debía dejar abierto el espacio, y genera problemas si residentes muy ancianos ingresan al lugar. Al respecto, la entrevistada narra:

“Y yo no voy a hacer bicicleta acá porque el único horario que me pueden abries a la siesta para que no me vean...porque algunas abuelas grandes se meten en la cinta caminadora, imagínate, si se cae, se mata. Entonces cierran con llave cuando no hay kinesiólogos, o sino le dan la llave al kinesiólogo.”
(Entrevista Residente, 70: B: 4 años).

En la segunda zona de habitaciones, al lado de la cocina, está la biblioteca, aula donde funciona el Taller de Memoria. Allí están todos los libros que recibe la institución como donación, los cuales son ordenados, organizados y fichados por una residente, también hay armarios y ropa donada, revistas, útiles, un pizarrón, computadoras en desuso, y dos mesas largas con sillas que son utilizadas en el taller.

Ese espacio tiene su función habitual los días martes a las 16.30 hs en donde se da comienzo al taller de memoria. Su puerta se mantiene abierta para todo aquel residente que quiera asistir pueda hacerla. Allí se guardan en un armario todos los elementos necesarios para trabajar en el taller. El resto de los días, en algún momento se encuentra una residente que está encargada de la biblioteca, ordena los libros y da préstamos de varios libros. Así mismo, si alguien desea un libro deberá buscarla y pedirle que le abra la biblioteca.

El taller funciona en el espacio destinado para la biblioteca. Allí se realizan actividades para mantener agilizada la memoria, generar procesos que funcionen para reactivarla y desarrollar el aspecto cognitivo de los residentes. La profesora realiza diversas actividades de matemática, lecturas de comprensión y otras lecturas de reflexión que son las que más les interesan a los adultos mayores que asisten. En las ocasiones que asistí fue evidente que la manera de entrar a participar era por parte de una residente que ya hacía la actividad y comenzaba a difundirse la actividad en las conversaciones que mantienen.

En conversaciones con la tallerista me comentó que desde la institución no se promociona la actividad o se incentiva a realizarla por eso se ven pocos participantes, la razón para esta situación la explica de la siguiente manera:

“Porque es poca gente la que está coordinando...vos viste que ahora está faltando el encargado porque está enfermo y no hay nadie más de encargado. Y también entiendo que él sólo no puede...no puede. Porque viste, cuando vos viniste estaba él? porque una vez que él ve que vos te manejas sola te sueltan

la mano...a-rre-gla-te. Y...el apoyo por parte de ellos, de la comisión...yo los entiendo, están abarrotados de trabajo, igual pienso que si yo estuviera en el lugar de ellos y viene gente de afuera a apoyar, trataría de que se sientan bien porque alguien que viene a apoyarte en lo que vos estás haciendo.” (Entrevista Tallerista – 10/11/15).

Enfatiza en que el grupo que existe en la actualidad viene hace un año y se mantiene con mucho entusiasmo en las actividades, y se van pasando la información para que nuevos residentes participen, pero que en general muchos no son de querer ir a las actividades, al respecto señala:

“Y viste ellos no leen los carteles, si no viene alguien personalmente y les dice querés hacer esto o lo otro, no se dan por enterado, vos podés organizar un teatro y venir un montón de actores pero de la otra punta no se enteraron.” (Entrevista Tallerista – 10-11-15)

2.4.4.5. Espacios del personal

Al ingresar al hogar, encontramos la secretaría, sólo está abierta en el horario de 7 a 12 hs. Allí se realiza el pago de la cuota mensual por parte del tutor/a de cada residente, y se encuentra instalado el fichero de ingreso del horario laboral de cada miembro del personal.

Al lado, está ubicada la oficina de recepción, a la cual tiene ingreso el encargado que atiende por la mañana. Allí se encuentra la documentación de todos los residentes y del personal, así como los reglamentos de ingreso de los adultos mayores, como aquellas gestiones con comercios y empresas para los materiales necesarios para la vida cotidiana de la institución y sus residentes. Está instalado el control centralizado de las cámaras que se encuentran a lo largo de los espacios públicos y compartidos de la institución. En particular se presta atención a la puerta de ingreso y egreso de la institución.

La enfermería está situada en la primera zona de habitaciones, ingresando hacia la derecha. Al circular por esa dirección pueden verse residentes solos o acompañados por familiares para asistir a controles rutinarios de las distintas especialidades médicas. Asimismo, siguiendo por el pasillo hay una zona de enfermería restringida a todo residente: es una habitación de cuidados intensivos. Allí duermen aquellos residentes con dificultades físicas severas, que fueron adquiriendo durante su estadía en la institución o la exacerbación de la enfermedad que traían al internarse. Tienen acceso familiares y personal. Hay lugar para seis camas de internación, hay un baño para el aseo personal con asistencia del personal, y un armario para la vestimenta de los adultos mayores que residen en tal lugar.

En la zona de internación de enfermería se encuentran internas adultas mayores que precisan de una atención constante ya que llegaron a un nivel de enfermedad dependiente. A tal lugar hemos ingresado con el portero, allí podemos ver de qué manera los espacios de la

persona adulta mayor son gestionados por el personal, pues se considera, debido al nivel avanzado de su enfermedad que las lleva a estar acostadas la mayor parte del tiempo, que no tiene capacidad de decidir quién entra y quién no, según sus deseos, necesidades o expectativas, librado a las elecciones del personal.

Al mismo tiempo, en esta zona se encuentran al resguardo los medicamentos para los tratamientos de las diversas enfermedades de los residentes. Tales medicamentos son responsabilidad de los familiares bajo la prescripción del médico de cabecera, con un seguimiento en cada caso por el equipo médico de la institución para evitar una medicalización excesiva de los residentes, para evitar que sean personas meramente postradas, así lo encontramos narrado:

“Hemos tenido un neurólogo que despedimos porque los tenía dopados...porque no es nuestra manera, nuestro estilo, a nosotros un tipo sentado como una planta no nos sirve...ahora tenemos un psiquiatra que controla la prescripción de los psiquiatras particulares, entonces si yo veo un abuelo que la medicación es mucha le pido una interconsulta, y si le están dando demasiado...para mi tiene dos alternativas: o lo retira o lo trata con mi psiquiatra, porque yo quiero que anden, que duerman, que se levanten, que coman solos. Que sean personas.” (Entrevista Encargado – 19/04/2016)

En la segunda zona de habitaciones está ubicada la cocina se encuentra en la segunda zona de habitaciones, aledaña a la biblioteca. Durante las dos horas anteriores a las comidas del día podemos encontrar dos cocineras haciendo todos los preparativos, y cuatro ayudantes de cocina, más tres ayudantes de limpieza más para el momento de servir. Allí tiene acceso exclusivo el personal dedicado a esa tarea y los considerados superiores: miembro de la comisión directiva, encargado y portero. Al costado izquierdo de la puerta de entrada se encuentra una grilla de horarios y recambios de turnos. Durante todo el día, los adultos mayores se acercan para pedir agua caliente o natural para tomar infusiones o hidratarse.

En el patio está ubicado el sector de lavandería acceden los miembros del personal abocados a tal tarea. También hay un pequeño sector dedicado al uso de lavarropas para los residentes del hogar. Quienes tengan la posibilidad, capacidad y ganas de hacer el aseo de su propia ropa podrán hacerlo en los horarios permitidos.

La sala de fallecimientos se encuentra en el pasillo donde se encuentra la cocina y la biblioteca. Es un lugar en pocas veces anunciado en las entrevistas. Allí el personal encargado son los hombres que además tienen a cargo la manutención del jardín. La ubicación de esta área es conocida por el personal. Algunos residentes saben que cuando ocurre un deceso, dicha persona es trasladada por el pasillo donde tienen las habitaciones los hombres y antes de llegar al ala que lleva al anexo, hay un pasillo pequeño que al fondo tiene una puerta con una cortina roja, en el caso de que dicha cortina se encuentre tapando la ventana con la puerta

cerrada quiere decir que hubo un deceso y no se puede salir por esa puerta al patio. (Conversación natural – 27/05/2016)

La reglamentación institucional en relación a este tema, en su inciso 21º, establece: “*En caso de fallecimiento del residente, el traslado de los restos al velatorio y demás serán tramitados por el o los responsables con la empresa de servicio fúnebre que estos determinen, sin el perjuicio de la reserva que realiza la institución de realizar dichos trámites en caso de inacción por parte de los firmantes, así como el derecho de repetición de los gastos con ello originados*”. Al mismo tiempo, es interesante destacar la logística institucional para tratar el momento del fallecimiento:

“Los abuelos deben enterarse lo menos posible, se van a enterar...pero no verlo, nosotros tenemos un lugar que hemos hecho para que los fallecidos vayan ahí y no queden en un lugar tapados, un tiempo se hizo que los dejábamos tapados en la capilla pero los abuelos van después de desayunar. Si viene alguno y te pregunta que hace mucho que no lo ve...se lo vas estirando y a los 3 o 4 días le decís que falleció. Pero en el momento si lo ven eso genera un shock...entonces ellos empiezan a trabajarle el turno: ‘¿quién será el próximo?’ Ves hiperactividad de caminata en los pasillos, después se va apagando y ya no caminan.” (Entrevista Encargado – 19/04/2016)

2.4.5. Palabras finales

El desarrollo informativo del ingreso y permanencia de los adultos mayores, así como de los espacios de los residentes y del personal, aquellos prohibidos, comunes y privados, nos dio una mirada amplia de la forma que toma la vida cotidiana de esta institución.

El lugar prohibido por excelencia a los adultos mayores lo constituye la sala de fallecimiento. El discurso institucional establece que su exclusión se debe a un objetivo de cuidar la estabilidad emocional de los residentes y en particular de aquellos que han tenido un contacto más asiduo con la persona fallecida. Frente a esto, hemos podido rescatar en conversaciones naturales, relatos de residentes que nos enuncian un conocimiento considerablemente desarrollado de para qué sirve ese lugar, incluso la estrategia de tapar una de sus puertas con la cortina roja, los mismos residentes saben que implica que hubo un fallecimiento y se está a la espera de la ambulancia para retirar el cuerpo.

Los lugares comunes a compartir por los residentes han sido nombrados y explicadas las actividades que allí se realizan. En aquellos lugares donde no se realiza una actividad específica y pautada, como las zonas de descanso, el jardín, el patio, los comedores de la planta alta y baja, se constituyen como espacios comunes donde cada adulto mayor desarrolla eventualmente reuniones con familiares, conversaciones con amistades de la institución o el festejo de cumpleaños, y lo que constantemente se ve es una gran cantidad de residentes

leyendo, escuchando radio, o simplemente sentados, todos con sus pertenencias más propias. Allí fue donde más se hizo visible la extensión de la identidad individual hacia objetos físicos que pudieron ingresar de su “vida anterior” hasta ser residentes de la institución.

Los espacios privados a los adultos mayores en general están constituidos en las habitaciones. Respecto a los residentes que tienen habitaciones individuales, el espacio propio lo constituye el interior de esa habitación, con sus propias formas de disposición del espacio, pudiendo llevar algunos mobiliarios propios, teniendo un armario para sus pertenencias, fotos colgadas en la pared y mesita de luz. En cambio, los residentes de habitaciones compartidas, encuentran su espacio propio reducido principalmente a su cama y mesita de luz, allí tienen algunas pertenencias en la cama, y las fotos y recuerdos en la mesita de luz que cada cama tiene a su costado, con objetos personales guardados.

La inmersión en un universo colectivo como lo es el Hogar de Ancianos San Vicente de Paul nos permitió adentrarnos en la vida cotidiana de un conjunto de sujetos, los residentes adultos mayores, para los cuales otro grupo de sujetos, el personal, y la institución están organizados con el objetivo de servir no sólo como lugar de vivienda, alimento y protección, sino como su hogar. Ello pudimos verlo evidenciado en los relatos del encargado de la institución, el cual recalcó principalmente que la institución tiene como idiosincrasia ser un hogar, donde los adultos mayores *se sientan como en casa*, y para ello intentan crear un *ambiente familiar*.

En ese marco institucional pudimos observar el desarrollo de herramientas individuales y colectivas por parte de los adultos mayores tendientes a recalcar su identidad como residentes, a través de distintos mecanismos de adaptación que van desde objetos guardados, fotos, formas de caminar, de relacionarse y hasta tareas asignadas por la institución.

CAPITULO III

El proceso de desocialización institucionalizado

En este capítulo respondemos al objetivo específico 1, el cual consiste en identificar la dinámica de “desocialización”, observando la intervención institucional en la reconfiguración de los conceptos de sí mismo y las prácticas de los adultos mayores que se encuentran en contexto de internación.

Teniendo en cuenta las características de nuestro objeto de estudio, la propuesta es preguntarse: ¿de qué forma la institución geriátrica interviene y reconfigura los conceptos que los adultos mayores tienen de sí mismos y de las prácticas que realizan? Sosteniendo como hipótesis conductora de trabajo que la institución geriátrica y las familias de los internados tienen una significación compartida de la vejez que subsume a los adultos mayores a la categoría de “personas que esperan el momento de la muerte”, es decir, que viven su vida en el proceso de morir; lo cual, constituye un elemento para pensar que dicha concepción ha sido internalizada por los adultos mayores, al punto de hablar de sí mismos en clave de pérdidas. En tal sentido, el objetivo será identificar la presencia institucional en la reconfiguración de los conceptos de sí mismo y las prácticas de los adultos mayores que se encuentran en contexto de internación.

Para abordar el objetivo específico presentado, debemos tener en cuenta que existe un presupuesto socialmente aceptado basado en que los adultos mayores se han convertido, al llegar la supuesta etapa de la vejez, en un cuerpo y una mente con un cúmulo de pérdidas de independencia, deterioro físico y mental, que junto a otros tipos de pérdidas, de relaciones sociales, de sustento económico, del rol social, se van haciendo efectivas y se cumple la profecía de que la vejez se encuentra repleta de vejaciones, pérdidas y situaciones adversas; con lo cual a estos sujetos sólo les queda esperar el fin de la propia existencia. Así vemos que el discurso social construye un tipo homogéneo de vejez que conlleva a una identificación única de adulto mayor como sujeto inerte, sin capacidad de actuar frente a un contexto social que, en cierto momento de su vida, le indica que su existencia sólo se reduce a pérdidas.

Las representaciones sociales son formas imaginadas a partir de las cuales los sujetos piensan, perciben y explican el mundo, lo cual les lleva a elaborar una serie de normas individuales y grupales para la realización de diferentes acciones, constituyendo los cimientos del conocimiento del mundo circundante, del mundo de la vida, y la construcción, a partir de ese conocimiento, del sentido común. El sentido común varía según la época socio-histórica, la filiación de clase, la pertenencia a un grupo de edad, la religión y la identidad sexual, son

atributos necesarios para entender la representación que cada sujeto se hace del mundo, según la disposiciones del campo al que pertenece y su posición dentro del mismo. Las representaciones sociales sobre los modos de ser y actuar de acuerdo a una etapa de la vida se interiorizan en el sujeto a través del procesamiento psicológico que realiza de las expectativas sociales sobre su accionar.

La construcción del sentido común sobre los múltiples ámbitos de la vida funcionan de guía para dar forma al accionar de los sujetos, a ello Alfred Schutz lo explica: *“toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias previas sobre él, que son nuestras o nos han sido transmitidas...funcionan como un esquema de referencia en forma de ‘conocimiento a mano’”* (Schutz, 1986:39), es un *acervo de conocimiento* (Schutz, 1986:39) que compartimos con el resto de los individuos que viven en el mundo, es decir, es un *mundo intersubjetivo de sentido* (Schutz y Luckmann, 2009:36) donde todas las acciones realizadas por el propio sujeto y por otros tiene una explicación entendible por todos, reviste una motivación con sentido, aunque el mundo social se perciba como un entorno con ciertas constantes, las explicaciones de cada sujeto variará según su punto de vista *“que en parte le es impuesto y en parte está determinado por la cadena biográfica de sus decisiones”* (Schutz y Luckmann, 2009:38).

Frente a ello es importante incorporar el denominado Paradigma del Curso de la Vida, el cual *“puede definirse como: el estudio interdisciplinario del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana) mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre (a) los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos; (b) el curso de la vida como institución social, desde el doble punto de vista: el de las regulaciones sociales y culturales de la edad es objeto y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y el de sus perspectivas biográficas; (c) el contexto sociohistórico y los cambios que este experimenta”* (Yuni, 2011:20). La concepción del paradigma implica la reflexión en torno a los sujetos implicados en un desarrollo multidimensional con dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, y que es construido y elaborado por el sujeto en los múltiples ámbitos de su vida (familia, trabajo, amigos, etc.) y durante toda su existencia. Los exponentes y principales propulsores de esta línea de pensamiento plantean la *historicidad del sujeto* (Yuni, 2011:20) como ser histórico, social, biológico y psicológico.

Al respecto sostenemos junto a los autores que el estudio de la percepción de la propia vejez, es decir, de ese proceso de envejecimiento que es vivenciado desde el día que nacemos, debe enfocarse desde cuatro criterios: el tipo de acontecimientos históricos que cada sujeto vive, el momento específico en el que los vive, la interdependencia de la red de relaciones sociales que son compartidas, y la agencia que el propio sujeto puede realizar entre un cúmulo de expectativas y posibilidades.

Con la palabra “curso” esta corriente se aleja de la visión de la gerontología tradicional que plantea el estudio de la vejez como etapa y ciclo, una acepción que no permite

transformaciones de ese momento, que tiene ciertos atributos particulares, y no da lugar a la flexibilidad. Al contrario, la gerontología basada en el paradigma del curso de la vida da lugar a un recorrido, una trayectoria con cambios contextuales y sociales, que con la influencia de las normas, se da la elaboración de la experiencia de vida de cada sujeto, con variabilidades y componentes dinámicos.

El objetivo será abordado a través de la observación del lenguaje corporal y expresivo de la apariencia, las prácticas y las situaciones que cada adulto mayor transita en el contexto de internación, con lo cual tendremos herramientas para realizar una descripción de la vida cotidiana de los residentes en un modo de vida institucional que establece límites concretos a la experiencia de las vejeces en la institución.

El transcurrir de los días de cada sujeto en un contexto de internación corresponde al desarrollo completo de los días en un ámbito desconocido, a una nueva forma de socialización desconocida, con sujetos contemporáneos extraños y junto a la imposición de un ritmo de vida que estandariza los horarios y presenta características que tienden a homogeneizar un conjunto de sujetos heterogéneos.

La institución que tomamos como eje de análisis es denominada *institución total*, en la investigación de Erving Goffman, en donde el autor la define “*como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de una sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*” (Goffman, 2009:15). Es preciso aclarar que tal definición fue presentada para el caso de la internación psiquiátrica, que tiene como objetivo reordenar la conducta de los pacientes psiquiátricos, lo cual dista de gran manera de la institución geriátrica en sus objetivos, abocada, según sus enunciados, al cuidado y acompañamiento de sujetos socialmente vulnerables y con necesidad de comida y vivienda insatisfechas, por ello el uso que haremos del concepto tiene un sentido matizado frente al cual desarrolló el autor. Sin embargo, la forma de organización de la institución tomada para el estudio, nos permite homologar, a fines conceptuales y analíticos, las líneas explicativas esbozadas por Goffman, ya que de forma similar que en la institución psiquiátrica, ciertas prácticas y sentidos que encontramos en el hogar de ancianos tienden a construir una cierta “*definición del yo internado*” que se distancia en muchos sentidos del “*yo social*” que cada adulto mayor desarrolló en el exterior.

La institución reviste una forma *total* en la medida en que su organización suponga que el sujeto desarrolla en el contexto de internación su vida completa. En el caso de la institución geriátrica, según pudimos reconstruir a partir del relato del personal, ésta tiene como objetivo manifiesto cuidar y asistir a los adultos mayores por dificultades de salud, necesidad de compañía constante, pérdidas a nivel funcional, desencuentros familiares que generan situaciones engorrosas en la convivencia, conllevando a la evitación de salidas, control constante de sus actividades y el estado de su salud para proveer el bienestar. Lo anterior

implica que en el contexto de internación no empieza la segregación y merma de capacidades propias, sino que vienen ocurriendo con anterioridad, en la familia y la sociedad. El contexto de internación, al ser un cambio ambiental de la vida del individuo, expone el aislamiento y la disminución de lazos sociales, y enfatiza con barreras reales impuestas hacia el exterior.

Para dar una explicación de los conceptos de sí mismo y las prácticas que adquieren los adultos mayores en el contexto institucional es preciso detallar aquellas modificaciones que se producen en la subjetividad cuando un sujeto ingresa a un ámbito como aquel que caracterizamos con anterioridad.

El ambiente natural en que cada sujeto desarrollaba su vida cotidiana es transformado y reubicado a un espacio desconocido, extraño y repleto de concepciones negativas sobre el propio sujeto, dando espacio a una transformación en la mirada que tiene sobre sí mismo y poniendo en cuestión su identidad. De este modo, el proceso de internación es vivido como un momento de expropiación de relaciones sociales -con la familia, vecinos, amigos-, derechos -de autodeterminación, independencia- y despojo del trayecto vital que venían desarrollando hasta la internación, como punto de inflexión y de ruptura identitaria con su yo anterior: el nuevo yo residente se construye en medio de circunstancias particulares y extrañas, frente a las cuales cada sujeto se adaptará de forma diferente.

3.1. Separación con el exterior

El ingreso a la institución geriátrica implica separación con el exterior. El autor de *Internados*, Erving Goffman, sostiene que las instituciones totales tienen una *tendencia absorbente* (Goffman, 2009:20) que se encuentra significada por medio de las barreras con el exterior que impiden el desarrollo de interacciones sociales externas a la institución y a la vez impide la salida de los residentes.

En el momento de ingreso a la institución, se establece un período de adaptación, lo cual está enunciado en la normativa de la institución, inciso 24º, *“El hogar dispone de 15 (quince) días de prueba a fin de apreciar las condiciones generales del residente y evaluar su continuidad en la institución”*. Desde el nivel institucional se solicita que durante un mes de prueba el residente no visite y tampoco sea llevado a pasear por parte de los familiares a la zona de su anterior vivienda con el argumento de que aquello puede dificultar la adaptación al nuevo contexto institucional, así lo precisa el encargado en situación de entrevista:

“Ingresan y nos tomamos la tarea de adaptarlos, cómo se hace la adaptación? No volviendo a la casa, recibiendo la familia la cantidad de veces posible para que sienta que la familia está presente, que tienen ese as para contar si pasa algo.” (Entrevista Encargado –10/03/2016)

En tal período de prueba, iniciará sus actividades con los elementos personales descriptos en el reglamento (ropa de estación, dos toallas de cara, dos toallas de baño, dos

juegos de sábanas, medicamentos, pañales -si es necesario- y elementos de aseo personal), podrá recibir visitas de familiares y se recomienda, desde la institución, que la familia sea quien visite para que cada adulto mayor vaya sintiendo el “hogar como su casa”.

En ese sentido, los adultos mayores transitarán un camino en el cual la institución pretende convertirlos en “residentes”, en el trayecto verán que su rol social anterior (jubilado/a-amigo/a-padre-madre-abuelo/a) se verá abruptamente despojado, dicha separación con el exterior durante el período de prueba es indispensable para que el adulto mayor pueda pensarse a sí mismo como residente de una institución geriátrica. Este acontecimiento es mayormente vivido por los adultos mayores como el impedimento hacia una capacidad que fue adquiriendo a lo largo de su vida: un sujeto capaz de relacionarse de diversas maneras con el mundo y las personas que allí habitan.

En encuentros con el encargado de la institución pudimos ver que hay diferentes niveles de salidas: totalmente prohibida, parcialmente permitida y totalmente permitida. En todos los casos, hay un registro de quien sale y entra, a qué lugar se dirige y durante cuánto tiempo, además hay control constante desde la portería para evitar salidas que no están permitidas.

“L: ¿Y los adultos mayores tienen posibilidad de salir? ¿Deben tener autorización del familiar?”

*R: Sí, **el familiar determina absolutamente todo**, como va a ser su vida acá adentro. Si va a ser de absoluta libertad, de media libertad o no pueden salir para nada. Aquellos que no pueden salir tienen el hogar. Aquellos que tienen salidas medias sabemos que pueden ir al kioscos acá a media cuadra, a la esquina, y a la farmacia, tienen un tiempo estipulado si en veinte minutos no vuelven los vamos a buscar, para que no tengan tiempo de ir a un lugar más lejanos. Y después tenés los que son absolutamente libres, andan como quieren, y todo eso queda a responsabilidad de la familia, a pesar de que nosotros sabemos dónde va a estar.” (Entrevista Encargado – 10/03/2016)*

En el caso de que algún residente precise o desee realizar una compra puede hacer el pedido a los residentes que tienen permitido salir –las cuales son pocas- ya que, según el encargado:

“Los familiares tienen temor de que les pase algo y depositan la confianza en nosotros para que los cuidemos bien.” (Entrevista Encargado – 10/03/2016)

A partir del análisis de las entrevistas y de nuestra experiencia en el campo, podemos decir que el espacio verde que da al frente y el hall de entrada pueden pensarse y son utilizados por los adultos mayores como la puerta de ingreso al mundo exterior, allí todos los días se ven adultos mayores que aguardan por la visita de un familiar, la visita a un médico o

una eventual actividad que realizar por fuera del hogar, que en general refiere a tratamientos de rehabilitación o visitas de rutina a un profesional de la salud.

Las normas establecidas respecto a las salidas son evaluadas como excesivas, arbitrarias y que van en contra de la libertad de cada adulto mayor, ello pudo verse en las sucesivas entrevistas y conversaciones naturales en el trabajo de campo:

“Más que un hogar esto es una cárcel porque no te dejan ni tocar la vereda, ni a la esquina nada...si viene un familiar si podés, pero no es justo porque estamos bien...lo que pasa es que ya no podemos estar con nuestras familias...somos trapos viejos”. (Conversación natural - 04/08/2016)

La disconformidad respecto a la restricción de salidas también aparece cuando los familiares de un residente invitan a otro residente a pasear y no pueden hacer efectiva la salida ya que tienen negado el egreso:

“Estuve pensando que al final esto es una cárcel...porque viste, cuando vine yo tenía vértigo y entonces tenía miedo de salir sola, así que mi tutora firmó para que no salga bajo ningún punto...pero yo ahora estoy mejor, y el otro día la hija de Sonia me invitó a pasar el día en la quinta y tuve que decir que no porque mi tutora no me deja...y bueno tampoco la quiero molestar, pero es cierto que esta situación no me gusta y espero que cambie” (Conversación natural-14/01/2016)

Es posible ver que un objetivo institucional basado en el cuidado y protección de los adultos mayores, se convierte para quienes está dirigido el cuidado, los residentes, como una barrera negativa con el exterior, como una “cárcel”, lo cual es expresado de forma explícita como también en los conceptos de sí mismo, y en la sucesiva y creciente pérdida de relaciones con familiares, vecinos, o amigos que podían tener en el exterior.

En el momento de la internación, los adultos mayores pierden el rol que cumplían con las distintas personas con quienes se relacionaban, y pasan a vivenciar la adopción de un rol único como residente geriátrico en un establecimiento de larga estadía. Así, verán perder la capacidad de decisión de salidas, visitas, reuniones y encuentros con el exterior, ya que su vida está determinada por el régimen de permisos que establezca la institución junto a los familiares a cargo. De este modo, tendrá comienzo una fractura de su propia identidad al ingresar a un lugar que no sólo impide la interacción con el mundo exterior sino que además lo distancia del mundo social particular al cual estaba acostumbrado: su familia, vecinos, su barrio, y se ve sumergido en un nuevo mundo desconocido conviviendo con sujetos extraños.

3.2. Pérdida de la singularidad

La construcción de la identidad y la identificación del adulto mayor institucionalizado encuentran su ámbito de desarrollo en un contexto que da **pocas y casi nulas posibilidades de diferenciación de la apariencia**. La diferenciación de la apariencia es lograda por medio de los elementos personales que cada residente lleve consigo durante la estadía en la institución. En el proceso de admisión, está plasmada la fractura de la identidad, donde cada adulto mayor tiene permitido llevar consigo una cantidad reducida de elementos, por lo que el proceso *“implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen”* (Goffman, 2009:33).

Los elementos personales sirven para mostrar en el espectáculo de la vida cotidiana quién es el sujeto frente a los otros significativos, quienes emergen como espectadores de los distintos ámbitos de su vida. Dichos elementos, forman parte del *equipo de identificación* (Goffman, 2009:34) que cada sujeto necesitará para mantener el control de su apariencia personal frente a los otros extraños que comienzan a vivir juntos. Los elementos personales son objetos que tienen para cada sujeto una importancia específica que da lugar a su identidad, a través de ellos cada sujeto marca diferencias respecto al resto de los actores circundantes; y constituye una forma de ratificarse como ser social presente, con sus particularidades, sus gustos, sus preferencias y su singularidad.

El desarrollo de la experiencia identitaria en la sociedad de cada sujeto está constituida por elementos personales que dejan traslucir la identidad en el cuerpo de diferente manera según con qué tipo de sujetos-espectadores se encuentra. Un mismo sujeto tiene múltiples facetas con diferentes modos de vestir, caminar y mostrar a los diversos públicos, así lo expresa Georg Simmel: *“toda propiedad significa una extensión de la personalidad; mi propiedad es lo que obedece a mi voluntad, es decir, aquello en lo cual mi sí mismo se expresa y se realiza externamente. Y esto ocurre antes y más completamente que con ninguna otra cosa, con nuestro propio cuerpo, el cual, por esta razón constituye nuestra e indiscutible propiedad”* (Simmel, 1939:363).

En la institución geriátrica, cada sujeto está expuesto a la misma mirada expectante del personal que percibe una imagen de sí mismo. Cada sujeto debe mantener su apariencia y ésta se encuentra supeditada a un conjunto de elementos que son escasos, respecto a aquellos objetos que cada sujeto utilizó en su vida social anterior a la internación. Los elementos personales que cada residente lleva consigo son escasos y, a pesar de las diferentes prendas, existe una homogeneidad de vestimenta: remera, abrigo, pantalón, pollera, calzado. Los elementos diferentes pueden verse en el bolso que usan para trasladar objetos (celular, lentes, pañuelos), aunque en varios casos son trasladados en sus manos. Los adultos mayores que circulan en sillas de ruedas, utilizan su forma de movilidad para llevar consigo una mayor cantidad de cosas, teniendo la facilidad de colgar y guardar en el equipamiento que les permite movilizarse por el espacio. La disminuida cantidad de efectos personales que transportan puede deberse a la escueta cantidad de elementos propios y personales que

pueden llevar consigo en la mudanza al hogar, ya que el espacio en la habitación es reducido y debe ser compartido por tres personas, así se ve reflejado en una entrevista:

*“Y bueno...esto es el armario para las tres, la ropa entra así toda apretada...**pensar que antes teníamos tantas cosas y ahora estamos acá,** pero bueno...a pesar de todas las cosas que no tenemos, estamos contentas con la compañía”* (Entrevista Residente, 80: B: 10 años)

Los objetos personales que han sido nombrados tienen relevancia para que cada sujeto pueda controlar la forma en que se presenta a los otros, es decir, el despliegue de su apariencia depende en gran medida del tipo y cantidad de pertenencias que traiga consigo.

En el contexto de institucionalización pude verse otra falta de diferenciación en cuanto los adultos mayores son nombrados como “abuelos”. La asociación de la vejez con la condición de relación filial abuelo-nieto constituye la homogeneización de un grupo diverso y la ruptura identitaria del propio sujeto, llevando a un proceso de despersonalización y de-subjetivación de su propia experiencia, ya que el discurso institucional tiende a reunir a todos los adultos mayores en el único conglomerado de “abuelos” sin otorgarle espacio a otras formas de identificación en la vejez.

3.3. Pérdida de intimidad y privacidad

Hemos dicho que las escasas posibilidades de diferenciación de la apariencia están relacionadas con un conjunto de elementos que cada sujeto precisa controlar para dar a conocer una apariencia de sí mismo hacia los otros que resulte satisfactoria para sí mismo. En el entorno institucional, encontramos desdibujados los límites entre las regiones anterior, posterior y exterior, ello está expresado en la institución geriátrica a través de la **pérdida de intimidad y privacidad** de cada adulto mayor. A dichas pérdidas, Erving Goffman la denomina “*exposición contaminadora del yo*” (Goffman, 2009:37):

“afuera, el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo -por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias- a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales: se traspasa el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo”.

Cada habitación puede ser pensada en términos de Erving Goffman como *territorio personal* (Goffman, 2009:243), como ese espacio que puede homologarse al hogar en el que vivían, aunque más no sea en los recónditos espacios de la mesita de luz y la cama individual, es allí donde pueden alojarse las pocas aunque significantes pertenencias que trajeron consigo, donde las que revisten mayor importancia remiten a recuerdos en formato de fotos, cuadros, bordados, muebles artesanales, vestimentas. Así, la habitación de cada residente

estará constituida como un espacio de protección y de distensión respecto al resto del contexto institucional. De todas formas, es necesario precisar que existen características de las habitaciones que dificultan el desarrollo de la intimidad y privacidad satisfecha para cada adulto mayor.

Ahora bien, resulta importante considerar la diferencia existente entre las habitaciones compartidas y las individuales, ya que esto influencia de manera directa el modo en el cual los sujetos van a construir su intimidad.

Las habitaciones compartidas están constituidas como un ambiente en el cual se dificulta el desarrollo de la intimidad debido a que en cada habitación viven tres personas. Los íconos de la intimidad estarán dados por la cama y mesita de luz, convertidos en lugares exclusivos que cada residente domina como espacio para desarrollar su sí mismo. Para la identificación de sí mismo encontramos elementos como: radio, cartas, flores, portarretratos particularmente de nietos, y sus padres; pueden tener elementos que alguno trajo como televisor y aire acondicionado, juegos de mesa, lecturas, todos elementos que pueden ser compartidos.

En las habitaciones individuales puede advertirse la presencia de mayor cantidad de elementos personales, debido a la cantidad de espacio para una sola persona, lo cual contribuye a construir un espacio más personal e íntimo que en las habitaciones compartidas. Los objetos personales conciernen a ese mismo residente: el armario encastrado en la pared es parte de la pieza y guarda una mayor cantidad de ropa; está instalada una pileta que es usualmente utilizada para el lavado de tazas, cubiertos y aseo personal; también podemos encontrar sillas o muebles que provienen de su hogar, todo ello sumado a los objetos personales ya enunciados para las habitaciones privadas.

En torno a la privacidad, se pudieron registrar algunas especies de pactos manifiestos, entre residentes, como aquel que permita o restrinja que cada uno de los co-habitantes puede ingresar con sus visitantes y amistades formadas en el hogar. En momentos de entrevista con el encargado de la institución, pudimos conocer que a menos que se conceda la entrada está prohibido el ingreso para toda persona ajena a la habitación: residentes y visitantes. Para el momento de la limpieza, las empleadas que estén en el turno correspondiente deberán anunciarse y pedir permiso para ingresar. Esto sucede si es una habitación donde sus ocupantes están en óptimas condiciones para decidir.

De todas formas, pudimos ver que en otras habitaciones donde por lo menos una de sus residentes se encuentra en silla de ruedas o acostada, allí el permiso se da como algo hecho y las empleadas ingresan para asear el lugar. Por lo cual, la privacidad se ve ultrajada con el hecho de que el personal de limpieza ingresa a la habitación sin avisar, golpear la puerta o pedir permiso, por lo cual se torna claro que los residentes siempre deben estar vestidos ya que hay posibilidad de que en todo momento entre un extraño a la habitación; ello pudimos

verlo en momentos de entrevistas y observación, y se puede percibir que la apariencia y el uso de cierta vestimenta tiene un lugar importante en la vida institucional de los adultos mayores ya que cada residente es visto constantemente por otros desconocidos, frente a los cuales no tiene la posibilidad de estar vistiendo como posiblemente quisiera: ropa de cama, de entrecasa, etc., ya que toda la ropa que usan está preparada para ser vista por un público extraño y externo, el cual se distancia del ambiente íntimo que podía vivir en su propia vivienda.

En ocasión de un encuentro acordado para realizar una entrevista, en el camino hacia el patio pasamos por una habitación donde una mujer estaba recostada en el piso, se había resbalado del sillón de ruedas *“porque no la habían atado, ellas (empleadas) dicen que es muy inquieta y si no la atan se cae”* (Conversación natural – 17/11/2015), luego apareció una empleada con la enfermera para levantarla, previamente se produjo un reto con voz elevada por parte de las empleadas hacia la residente diciéndole *“para qué te moves si sabés que te caes, no ves que tengo doble trabajo?”*. (Conversación natural – 17/11/2015)

Anteriormente, hemos anunciado que en la institución geriátrica los límites entre la región anterior, posterior y exterior se encuentran desdibujados y modificados en sus formas respecto a la vida social anterior, en tal sentido, es necesario precisar que los residentes no tienen llaves de la habitación, por lo que la posibilidad de acceso por extraños a la habitación se mantiene latente durante todo el día. La *región anterior* (Goffman, 2012:125) es el espacio donde se desarrolla la actuación de los sujetos, surge *“cuando la actividad de alguien tiene lugar en presencia de otras personas, algunos aspectos de la acción son acentuados de manera expresiva, mientras que otros, capaces de desvirtuar la impresión suscitada, son suprimidos”* (Goffman, 2012:130). Aquellos elementos suprimidos al público tienen lugar en la *región posterior* o *trasfondo escénico* (Goffman, 2012:130), el cual *“puede definirse como un lugar, relativo a una actuación determinada, en el cual la impresión fomentada por la actuación es contradicha a sabiendas como algo natural”*. En dicha región, el sujeto tiene la posibilidad de relajarse, abandonar por el tiempo en que se encuentre allí el personaje que presenta frente a los otros significativos y el público en general, donde puede llevar a cabo acciones que sólo realizaría en su intimidad.

En la experiencia vivencial actual, las habitaciones y baños no son utilizados por sí mismos, familiares y/o conocidos, sino que todo es compartido por sujetos extraños y todo es visto por el personal que constantemente pasa a limpiar. En la institución todo aquello a lo que los sujetos estaban acostumbrados a guardar en la privacidad se encuentra expuesto. En tal contexto resulta difícil controlar el *backstage* o *trasfondo escénico* ya que todas las actuaciones de los residentes están bajo la mirada constante de los otros adultos mayores, de los familiares y del personal de la institución. En tal escenario al adulto mayor se le presenta la dificultad de separar sus auditorios -los receptores de sus actuaciones- para así poder tener momentos de relajación y dejar, por un momento, la actuación y el personaje montado para ciertos espectadores, sin embargo, en la institución geriátrica todo se encuentra a la vista de todos,

inclusive el espacio mayormente construido de forma singular como lo es la habitación y el espacio particularísimo de la cama y la mesita de luz, donde cada residente guarda y atesora sus objetos y recuerdos, ese mismo espacio que podría verse como un espacio posterior, donde se comparte con tres personas, a veces corre el riesgo de verse invadido por extraños.

3.4. Pérdida de capacidades

Asimismo, en la institución geriátrica tiene lugar el **despojo de capacidades de realizar tareas**, como puede ser: limpieza, cocina, aseo personal, como lo enuncia una entrevistada:

“Las cosas de la casa me gustaban muchísimo. Yo acá si pudiera...limpiaría la pieza porque de paso me entretengo, pero no nos dejan” (Entrevista Residente, 77: A: 6 meses)

En las observaciones se ha podido ver que los adultos mayores no tienen permitido realizar las actividades enunciadas, bajo la argumentación de que el personal debe mantener su cuidado. En una conversación natural, una adulta mayor comentó:

“Hoy precisé buscar unas fotos en una caja bien alta en el ropero y viste están muy ocupados, así que me subí a la silla...y en eso, apareció Jorge y pensé ‘uy! Me va a retar’, pero no lo hizo, zafé...menos mal, porque sino después me llama mi hijo para retarme...pero si yo puedo lo hago” (Conversación natural – 26/10/2016)

En los dos fragmentos de entrevistas y conversaciones pudimos ver que se prohíbe de forma manifiesta diversas actividades que posiblemente, y según las expresiones, podemos decir que cada adulto mayor realizaba en su vida cotidiana previa a la institucionalización. La mayoría de los adultos mayores no tienen la posibilidad de manejar dinero, ello está reflejado en la entrevista con el encargado donde enuncia que:

“Los adultos mayores no saben cuánto es el pago mensual o si existen aumentos, intentamos que no se enteren de ello para no generar preocupaciones y que puedan vivir tranquilos” (Entrevista Encargado – 10/03/2016)

En cada visita que hacen los familiares o en las llamadas telefónicas por medio de la secretaría, los tutores de cada residente hacen llegar a la institución aquello que los adultos mayores precisen, así fuese comida, ropa, medicamentos o dinero. Para ello, se pudo ver en varias ocasiones que los residentes consultan a los porteros o el encargado si su familiar se comunicó para visitarlos o pedirles algo, en el caso de que ellos deseen llamar deben pedir prestado el teléfono al portero para hablar con sus familiares, y también se da que en el caso

de que una compañera de habitación tenga teléfono celular se lo van prestando “*para no pedir permiso para todo*” (Conversación natural - 04/08/2016).

El despojo de efectuar actividades cotidianas y pasibles de realizarse, resulta otra manera de desbaratar al sujeto como autodeterminante de sus propias acciones, ya que la totalidad de su línea de acción se encuentra expuesta a la mirada, control y supervisión del personal. A pesar de que la acción del personal esté enmarcada en un argumento de cuidado y protección de los adultos mayores, ello es visto, por los receptores de las normas, como un despojo de capacidades que en el mundo exterior podrían realizar de forma autónoma. La institución geriátrica tiende a desarmar una serie de prácticas que le demuestran tanto al propio sujeto que las realiza como a los receptores, directos e indirectos, de dichas prácticas que es un individuo que puede tener un control sobre las situaciones que lo rodean y que tiene autonomía de acción respecto al resto del mundo social.

Las pérdidas anteriores constituyen el inicio del camino hacia la destitución de otro tipo de capacidades, así puede verse en la entrevista:

*“Dicen que las actividades son interesantes...pero no se...es aburrido, no se si tengo ganas, a parte **seguro que todos piensan que somos viejos y nos van a enseñar pavadas porque dicen que no podemos aprender...y si, ya estamos esperando que nos llegue la hora.**” (Entrevista Residente, 70: A: 10 meses)*

En el relato de la entrevistada puede verse un reflejo de las representaciones sociales sobre la vejez que relacionan a los adultos mayores con la invalidez, la demencia, la dificultad cognoscitiva, la dependencia funcional, calificaciones que son incorporadas en el concepto de sí mismo y en su capacidad de acción que tiene cada residente.

3.5. Merma de relaciones sociales

En variadas ocasiones aparece la disconformidad en torno a las visitas de amigos, conocidos e incluso familiares, que en un principio, al iniciar la vida en ese nuevo contexto, fueron prometiéndole visitas, y con el tiempo, los adultos mayores ven menguar la cantidad y calidad de visitas o reuniones con familiares, excepto en situaciones particulares (fiestas tradicionales, cumpleaños, etc.). En sintonía, durante conversaciones naturales se ha manifestado que apenas van a vivir al hogar “*los familiares prometen visitas pero con el tiempo van mermando...pero el tema es que acá es difícil hacerse amigas, o alguien con quien hablar...porque está cada con su tema, y en su pieza.*” (Conversación natural - 10/08/2016). Ello se encuentra enunciado por una entrevistada:

“Y mis amigas de pueblo? Parece que se olvidaron de que existía...vine acá y fue como haber desaparecido, y ahí me di cuenta que ya no tenía amigas.” (Entrevista Residente, 64: B: 4 años)

El relato de la entrevistada propone reflexionar sobre la relación entre los adultos mayores residentes y sus familiares y amigos, posterior al proceso de institucionalización, al respecto resulta importante el aporte de Ma. Cristina De los Reyes (2007). A través de su investigación sostiene que la participación familiar en el contexto institucional está condicionada por las trayectorias de los cuidadores familiares y los procesos de significación que constituye la realidad de la institucionalización de larga estadía para ancianos. Las representaciones sociales asocian dicha realidad con el abandono de los adultos mayores por parte de los familiares en una institución representada con el advenimiento de la muerte. Ello sumado a la salud de los ancianos, la situación familiar y económica y el clima de los encuentros con los residentes conforman al mismo tiempo el contexto de producción de vulnerabilidad de los adultos mayores y de los cuidadores familiares, de los conflictos entre cuidadores formales y familiares y de las escasas visitas a los ancianos.

El contexto de vulnerabilidad tanto de los familiares como del adulto mayor se encuentra reflejado en las visitas que se realizan luego de la internación, las cuales están influidas por los significados prevalecientes relativos a la vejez institucionalizada, la familia de los ancianos y los establecimientos. Los factores que condicionan el tipo y grado de participación familiar en el contexto de internación se encuentran la salud de los adultos mayores, el clima de los encuentros, el apoyo social y la situación económica de la familia.

Además, el contexto de encierro propone una imagen de adulto mayor como alguien que ya no cuenta con capacidades para desarrollar nuevas amistades y lleva al propio aislamiento.

“La verdad pensé que en lugar de estar yo siempre sola acá y ella siempre sola allá, que había más espíritu de unirse.” (Entrevista Residente, 83: A: 8 meses)

El fundamento de lo que enuncia la entrevistada puede relacionarse con la concepción social de que el hogar es un depósito de personas y el lugar donde la familia abandona al adulto mayor, sumiéndolo al aburrimiento y la soledad, esa concepción puede ser adoptada por los residentes y así se cumplirá con la profecía del ensimismamiento y la soledad. Asimismo, en varias ocasiones, los residentes nos han manifestado razones para no asistir a las actividades ya que son: aburridas, muy fáciles, nadie escucha nada, o desconocen la existencia de dichas actividades. En el contexto de institucionalización se ve una postura acrítica e incuestionable de la organización en torno a la falta de realización de actividad, al porcentaje ínfimo de residentes que asisten al Taller de la Memoria (asisten 8 personas), la diferencia de feligreses que van a la misa de los martes respecto a los domingos, el aislamiento en las habitaciones, el mismo desconocimiento de las actividades; todo ello como una inactividad manifiesta y profunda incomunicación entre los residentes de diferentes sectores,

mientras la organización cotidiana y rutinaria de necesidades básicas esté garantizada, el otro tipo de necesidades recreativas no reviste preocupación alguna.

Tanto la merma de capacidades como de relaciones sociales está marcada por la sucesiva pérdida de amistades, vecinos y familiares que viven los adultos mayores, por los conceptos sociales sobre la vejez y el significado que socialmente reviste la institución geriátrica. En primer instancia, los sujetos convertidos en residentes han transitado un proceso vital que les ha llevado a perder contactos sociales debido al fallecimiento de otros sujetos que fueron significativos para su vida, por ejemplo, con la pérdida del cónyuge algunos sujetos pueden optar por dejar de asistir a reuniones en pareja. En segunda instancia, el adulto mayor es asociado, generalmente, con la dificultad de relacionarse luego de ciertas pérdidas como cónyuge, familiares directos e hijos, con la incapacidad de realizar actividades más allá del rol establecido (jefe de hogar, trabajador, abuela, etc.), y encerrado en su soledad, y su “llegada” a la vejez es vista con recelo por la sociedad, por miedo a la muerte. En tercera instancia, la institución geriátrica es vista como aquel lugar donde las personas son depositadas por sus familiares, aisladas del mundo y se convierten en individuos en plena soledad.

La vejez se relaciona con la pérdida de relaciones sociales, interaccionales y afectivas, y con pérdidas de capacidades de aprender, de movilidad, adquiriendo mayor dependencia, todas señales que se van marcando en el cuerpo como las huellas de la identidad y el paso del tiempo.

3.6. Nueva rutina diaria institucionalizada: un domingo eterno

En la institución todos los residentes están organizados alrededor de un **nuevo ritmo de vida** en donde se establecen horarios estrictos de alimentación y descanso que todos los adultos mayores residentes deben cumplir.

En el ingreso a la institución geriátrica se produce un cambio repentino y drástico, en el sentido de que es una transformación completa del tipo de vida de cada adulto mayor, en torno a un *ordenamiento social básico* que engloba la vida de los sujetos en la sociedad, lo cual implicaba que *“el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes co-participantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio”* (Goffman, 2009:20). En cambio, la vida en contexto de internación supone el quebrantamiento de las divisiones antes nombradas, así Erving Goffman establece que: *a. “todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única”, b. “cada etapa de la actividad diaria del miembro se realiza en la compañía inmediata de muchos otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas”, c. “todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de ellas se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios”* (Goffman, 2009:20).

En la institución geriátrica, bajo estudio, pudimos registrar la rutina diaria. El horario del desayuno es a las 8 de la mañana. Para que asistan todos los residentes, las empleadas están encargadas desde las 7 de la mañana en llamar a las puertas hasta que se levanten, en el caso de que se acerque el horario del desayuno y no estén todos en el comedor, tienen orden de entrar a la pieza y llevarlos a desayunar. Para el almuerzo, el horario es a las 12 del mediodía, todos los días la entrada es un plato de sopa, el plato fuerte o principal varía y el postre oscila entre flan o frutas.

En el horario de la merienda, establecido a las 4 de la tarde, suelen asistir menos residentes, ya que algunos se dispersan realizando actividades de rehabilitación fuera del hogar, asisten al médico, va la familia de visita y meriendan con ellos. Algunos pueden merendar en sus habitaciones, ya que cada agrupamiento habitacional tiene una cocina con heladeras y habitáculos para guardar comida. La cena se da a las 8 de la noche, y en ese momento, al igual que el desayuno y el almuerzo, deben asistir todos los residentes. Los lugares en las mesas del comedor están establecidos desde el primer día en que cada adulto mayor llegó a la institución, ocasionalmente se realizan cambios si existe algún tipo de conflicto, y se tiende a situar en una misma mesa quienes tienen programas alimenticios particulares: diabéticos, hipertensos, etc. Alrededor de las 10 de la noche, ya deben estar todos en sus respectivas habitaciones y acostados para el descanso y prepararse para el inicio de un nuevo día con pocas variaciones respecto al anterior.

Las actividades recreativas propuestas por el hogar están compuestas por el juego, el aprendizaje y el desarrollo espiritual. La actividad de juego es el bingo que se realiza todos los viernes desde el mes de septiembre a diciembre de cada año por estudiantes de un colegio católico de la Ciudad de Santa Fe. La actividad de aprendizaje se denomina el Taller de Memoria y es realizado por una voluntaria desde hace diez años, consiste en actividades de lectura, de comprensión de texto, de conversaciones reflexivas y de incentivar la memoria en los adultos mayores; además, tuvo lugar el inicio de un Taller de Pintura. El desarrollo espiritual se da a través de la misa de los días martes y domingo, en este último caso, la iglesia de la institución está abierta a la comunidad del barrio, y los adultos mayores presentan mayor incentivo para ir ya que, como enuncian, *“vemos gente de afuera y podemos sentirnos normales por un rato”* (Conversación natural – 27/10/2016).

El nuevo ritmo de vida tiene actividades rutinarias denominadas de recreación que parecen escasas o aburridas para los residentes, así lo vemos en entrevistas y conversaciones naturales:

*“Y bueno...así como te digo va pasando el tiempo, pero bueno...**hay demasiadas horas vacías.** Para mi, para mi forma de ser.”* (Entrevista Residente, 64: B: 4 años)

En el fragmento de entrevista podemos ver la apreciación sobre la falta de actividades en el hogar y también la falta de actividades que llamen la atención de los residentes, que sean estimulantes, y que permiten que el tiempo pase más rápido, y que haya menos horas vacías.

3.7. Las desposesiones institucionalizadas

El informe realizado anteriormente puede darnos una fotografía detallada del tipo de pérdidas que viven los adultos mayores en el contexto de internación. En el ingreso a este tipo de contexto se producen modificaciones sustanciales a la vida cotidiana que llevaba cada sujeto en su singularidad, ya no se encontrarán en un contexto propio, sino que la subjetividad estará marcada por reglas de convivencia y prácticas colectivas que tienden a homogeneizar la vida entera de un conjunto de sujetos heterogéneos. Bajo la lupa de las prácticas institucionales explicitadas, podrá verse las diversas formas que toma la resignificación de cada adulto mayor como residente de una institución geriátrica, de modo que el conjunto de prácticas y reglas, influirán de gran manera en la forma de verse a sí mismos.

La autora clásica de la Sociología del Envejecimiento, Bernice Neugarten (1999), analiza la importancia de las normativas que orientan las conductas de los sujetos a través del concepto de *"relojes sociales"*, reflexionando en *"llegar a tiempo"* a cierta edad, significa actuar en concordancia entre la edad y la expectativas y oportunidad esperadas por la sociedad. El curso de vida está contemplado como una institución social (Yuni; 2011, Gastrón; 2013) ya que se establece como el conjunto de normas y disposiciones que ordenan las dimensiones del desarrollo de la vida del sujeto en tiempo espacio socio-histórico determinado. La institucionalización del tipo de normas sociales esperadas para los adultos mayores, ese tiempo social al que deben cumplir, se encuentra encuadrado en un espacio vacío, sin actividades ni funciones establecidas, y con mucho tiempo libre.

Las concepciones tanto de otros adultos mayores como de sí mismos como personas sin capacidades, sin ganas o aburridas, no es una identificación que es construida desde la institución, sino que se viene desarrollando por una parte, en la sociedad misma, y por otra parte, por la concepción que los otros significativos -familiares, amigos, vecinos-, le expresaban a los adultos mayores que eran, y la institución viene muchas veces a reforzar esas ideas incapacitantes, no como algo manifiesto ni como objetivo perseguido de la institución, sino como resultado de un interés por igualar las condiciones de todos los residentes, se tiende a homogeneizar las actividades propuestas, la forma de nombrar a los residentes ("abuelos"), la rutinización completa de la vida, las prohibiciones sobre actividades que todo sujeto social considere normales de realizar de forma individual e íntima, entre otras cuestiones. Todo ello constituye un conjunto de prácticas que tienden a disminuir el concepto de sí mismo, y llevan a pensarse como adultos mayores incapaces, inhábiles, inútiles, o adultos mayores activos que no encuentran el espacio para desarrollar sus ganas de hacer y tienden a replegarse y aceptar con desgano o resignación el presente que les toca.

El desarrollo sobre las pérdidas expone una serie de características que, implícita y explícitamente, deben reunir los residentes para obtener un visto bueno en su vida como residentes, a saber: respeto de normas de salidas y comidas establecidas, pedido de permiso para llamar a familiares o realizar tareas mínimas, mantener una apariencia de orden y pulcritud en la habitación vista por todos. La actividad institucional de los adultos mayores pretende la construcción de un deber ser, una forma específica de hacerse residente y la institución será el espacio donde se produzcan conjeturas en torno a la identidad de “adulto mayor residente”. A fin de lograr una impresión positiva de su sí mismo frente al personal, de modo que cada adulto mayor sea visto como un sujeto adaptado, cada residente tendrá una actitud preparada para la situación de estar observado durante las 24 hs por otros sujetos y actuará de la forma en que se espera que actúe y de este modo, *“acepta ser el tipo determinado de persona que habita en un mundo de un tipo determinado”* (Goffman, 2009:190).

3.8. Nueva temporalidad

Junto a la pérdida de la intimidad y la privacidad, la merma de capacidades tanto en la acción como en el discurso de sí mismo y de los otros residentes, la imposibilidad de diferenciación subjetiva por medio de la vestimenta, la pérdida de control sobre el reloj social y vital que refiere a las rutinas que cada persona realiza en su vida y la pérdida de relaciones sociales exteriores, la vida de los adultos mayores está organizada a través de **una nueva temporalidad** construida en el contexto institucional.

En su libro *“La Vejez”* (1970), Simone de Beauvoir sostiene que *“existir, para la realidad humana, es temporalizarse”* (Beauvoir, 1970:433), es decir, implica proyectarse en un futuro y construirse en un porvenir. Con el pasar de los años, los sujetos van acercándose a su posible porvenir, al tiempo en el que pensaban realizar sus proyectos, de modo que la edad tiende a reformular la relación que se mantiene con el tiempo.

La percepción del tiempo constituye un componente importante en la valoración que hace tanto la sociedad sobre lo que significa envejecer, como también los propios actores involucrados en la etapa explícita de la vejez. Numerosos estudios enfatizan en la idea de que a nivel social, estatal, relacional y psicológico, los debates en torno a qué actividades y cómo es la persona en la vejez se subsumen a pensarla como un momento en que la vida comienza a estancarse (Salvarezza; 2013, Oddone; 2013, Gaston; 2013), se van perdiendo lazos sociales -por fallecimiento-, disminuyen los contactos sociales, puede haber retraimiento hacia el hogar, lo cual puede ser provocado por los preconceptos sociales que asocian a los adultos mayores con sujetos dependientes, aislados, solos, incapacitados progresivamente para hacer tareas cotidianas, lo cual puede estar sumado a reales dificultades físicas que tornan más compleja la vida si los miembros de esta etapa vital introducen en su propia subjetividad los preconceptos antes mencionados.

El cúmulo de representaciones sobre sí mismos que reciben los adultos mayores, tanto de sujetos alejados de su rango etario como también otros sujetos contemporáneos en su experiencia, conlleva a poner en la balanza vital una serie de expectativas propias y ajenas sobre sí mismos, por un lado; y un conjunto de disposiciones individuales, emotivas, culturales, económicas y sociales que cada sujeto lleva consigo durante su vida, por otro lado. En la combinación de ambos componentes de la balanza podrá verse la experiencia que cada adulto mayor tiene en torno al tiempo, junto a una percepción del mismo que comienza a profundizarse en la vejez ya que pensar en un proyecto a futuro resulta una expectativa difícil de cumplir si se tienen en cuenta las capacidades físicas, mentales, emocionales, relacionales, tanto como la cantidad de años, y el acelerado camino hacia una mayor dependencia de otros.

El tiempo se percibe como más acelerado ya que frente a la merma de relaciones, capacidades, y el aumento de la dependencia, comienza a perderse el control sobre el entorno y la propia vida, y la transformación del rol social anterior dan la sensación de un vacío, de un tiempo libre que es vivido como tiempo muerto y carente de sentido, Pierre Bourdieu establece que *“el tiempo sólo se percibe realmente cuando quiebra la coincidencia casi automática entre las esperanzas y las posibilidades (...) las expectativas y el mundo que las cumple: se experimenta entonces directamente la ruptura de la colusión tácita entre el curso del mundo, (...) entendido como movimientos biológicos (como el envejecimiento) (...) sobre los cuales se tiene poco o ningún poder, y los movimientos internos que se refieren a ellos”* (Bourdieu, 1999:278).

En las entrevistas y observaciones con el componente de las conversaciones naturales aparece la evidencia de un tiempo percibido como aplastante, estancado, aburrido, sin acción y sin vida. El tiempo de la acción está detenido en el contexto institucional y se queda inerte. Es, paradójicamente, el tiempo que más sobra en la vida de un sujeto al cual pareciera quedarle poco tiempo para seguir viviendo.

“Acá esto es así, todo muy plano...la gente no tiene ganas de hacer nada, ni siquiera quieren hablar, y a mi me encanta hablar. Ni una palabra, todas al encierro...” (Entrevista Residente, 83: A: 11 meses)

“No hay forma de hacerlas leer, no hay forma.” (Entrevista Residente, 80: B: 10 años)

Erving Goffman habla de *sentimiento de esterilidad absoluta*, en relación a la percepción del tiempo, aduce que ello no se encuentra tanto relacionado con la nueva rutina diaria de la institución sino que *“hay que atribuirlo más bien a las desconexiones sociales causadas en el ingreso, y a la impotencia (habitual) para adquirir dentro de la institución beneficios ulteriormente transferibles a la vida de afuera”* (Goffman, 2009:79). Ello pudimos verlo cuando en una de las entrevistas:

“Y mis amigas de pueblo? Parece que se olvidaron de que existía...vine acá y fue como haber desaparecido, y ahí me di cuenta que ya no tenía amigas.”
(Entrevista Residente, 64: B: 4 años)

En el extracto de entrevista, la residente plantea que sus amigas del pueblo con la actitud de incomunicación, visitas, o preguntarle por ella a través del hijo, parecía que pensaban que ella ya había dejado de existir. En tal sentido vemos que los vínculos sociales contruidos durante la vida son valorados de forma importante en el contexto de institucionalización, en tanto sigan estableciéndose dichos vínculos, el adulto mayor internado percibirá que su vida es relevante para algunas personas en el mundo y por ello tiene sentido seguir viviendo, así, cada sujeto es a través de otros.

La participación en actividades recreativas constituye, tanto por Bourdieu (1999:294) como por Goffman (2009:79), una forma de evitar el tiempo estancado y quieto de la vida cotidiana en la institución, *“para escapar del no-tiempo de una vida en la que nada sucede y de la que nada se puede esperar, y sentirse existir”* (1999: 294). En el contexto institucional, las actividades del taller de memoria, el bingo, educación física y festejos, son *“capaces de inspirar interés y un entusiasmo que sacan al paciente de su ensimismamiento y le hacen olvidar momentáneamente la realidad de su situación”* (2009:29).

“Ahora está el taller de pintura...pero son boludeses, me parecen que no somos chicos, pero nos tratan así” (Conversación natural – 09/08/2016)

“Y...el taller de la memoria está lindo. Pero muchas veces no voy porque son cosas muy fáciles y me aburro” (Entrevista Residente, 74: B: 4 años)

En las entrevistas y conversaciones naturales, al momento de llegar al tópico de las actividades recreativas de la institución, algunas residentes manifiestan que las actividades pueden dividirse en dos: deportivas y de aprendizaje. La actividad deportiva es la clase de gimnasia que se realiza en el salón grande del anexo, según hemos conversado con la profesora que dicta esta clase, las participaciones son siempre de mujeres, las asistencias son esporádicas, en todas las clases aparece gente nueva y después no van más, a veces las razones son por falta de ganas, dolores corporales o imposibilidad de realizar gimnasia. Las actividades de aprendizaje son el taller de la memoria y el taller de pintura, quienes participan en esos talleres expresan que les gusta aprender y mantenerse activas, y son actividades consideradas importantes para hacer algo diferente en la semana. En ambos casos, han manifestado que en un momento las actividades se tornan repetitivas y no hay muchas cosas nuevas para hacer, por eso, algunas han dejado de asistir por considerarlo muy fácil y otras personas opinan que son actividades muy difíciles. El número disminuido de quienes participan puede deberse a la falta de difusión que existe en la institución, pues no sólo basta con avisarlo a través de un parlante, sino que en ese contexto es importante para los residentes la insistencia en participar de las actividades y así, demostrar que es importante su concurrencia.

Al mismo tiempo, esa temporalidad estática corre paralela a una temporalidad dinámica sin significado positivo, sin motivación o proyectos. Ese tiempo tiene más fuerza que el sujeto para hacer cosas. Frente a un tiempo vívido como estático se presenta un tiempo acelerado, sin límites, es el tiempo vital del avance de los años, el tiempo imparable e inmodificable hacia la muerte. Dicha temporalidad es evaluada por los adultos mayores como un proceso no anhelado ni deseado ya que significa el fin de la existencia como ser significativo en el mundo, y ese fin cobra mayor importancia y mayor aceleración en el momento en que su propia historia de vida sufre una transformación abrupta y empieza a vivir en la institución, en tal contexto el tiempo imparable toma una ruta vertiginosa hacia el trayecto del fin de la propia existencia.

“Dicen que las actividades son interesantes...pero no se...es aburrido, no se si tengo ganas, a parte seguro que todos piensan que somos viejos y nos van a enseñar pavadas porque dicen que no podemos aprender...y si, ya estamos esperando que nos llegue la hora.” (Entrevista Residente, 65: A: 1 año)

*“Un día vino un conjunto de música y ella fue, y a la hora de la cena agarró y le sacó el cuero por las canciones que tocaban. **Y yo pienso que no podés hacerle una cosa exquisita a una mente que se está yendo.**” (Entrevista Residente, 83: A: 2 años)*

A través de la percepción de dos tiempos constitutivos de la vida institucional, pueden verse las consecutivas pérdidas y mermas que van viviendo los adultos mayores al ingresar a la institución geriátrica. La identidad del propio adulto mayor manifiesta una resistencia, aunque más no sea discursiva, a pensar que su propia forma de ser que trajo del exterior se está redefiniendo junto a la adopción de un nuevo modo de vida como residente. Es menester mencionar que la redefinición identitaria de los adultos mayores empieza a ocurrir cuando los diversos roles que ocupó durante su vida (trabajo, madre/padre, amigo) empiezan a perderse y comienzan a notar esas necesidades de ser solicitado, visitado, tomado en cuenta, lo cual demostraría que es un ser importante y significativo para los otros sujetos que forman parte de su cotidianeidad, siendo una muestra de que todavía están viviendo para existir. Esa redefinición parecería estar conllevando una identificación del adulto mayor residente con un concepto negativo, donde la institución juega un papel primordial como aplastante de aquel universo de posibles acciones que los adultos mayores manifiestan querer realizar, lo cual pudo verse en los relatos sobre las distintas pérdidas que fuimos desarrollando y también en los conceptos de sí mismos como de los otros residentes.

En consonancia con los autores anterior, Schutz sostiene que *“el tiempo subjetivo del flujo de conciencia se intersecta con el ritmo del cuerpo como tiempo biológico en general...o como calendario o tiempo social”* (Schutz y Luckmann, 2009:64) constituyendo *la estructura del tiempo del mundo de la vida* (Schutz y Luckmann, 2009:64). El conjunto de proyecciones, planes y proyectos que pueda organizar el sujeto depende del reloj propio y del tiempo social, en tal sentido *“la finitud y el curso fijo del tiempo son experimentados como impuestos e*

inevitables, como el límite dentro del cual es posible nuestra acción, como estructura temporal básica de la realidad propia, de los antepasados, semejantes y sucesores” (Schutz y Luckmann, 2009:65).

3.9. Mi otro yo

La identificación como adulto mayor residente difiere en su conceptualización, identificación y construcción **según cada adulto mayor se considere a sí mismo o al resto de los residentes como viejos desganados y personas activas**. Fue posible registrar en entrevistas y conversaciones naturales que la construcción de sí mismo se da como una *“persona activa”*, contraponiendo esta imagen a una forma negativa de gran parte de los residentes como *“viejo aburrido”*.

El “yo” que habla es una construcción que trasciende al “yo lingüístico” y que llega hasta un “yo social”, cuyas sombras proyecta bajo la forma de expectativas y definiciones sobre las formas en que se piensan y actúan los sujetos.”, afirma Meccia (2016). Al diferenciarse los residentes entre sí en base a quienes son “viejos desganados” o “personas activas”, se utilizan imputaciones negativas hacia otros adultos mayores, a partir de lo cual cada sujeto construye un armazón protector frente a las destituciones que el estereotipo social imputa a sí mismo por el hecho de ser adulto mayor. Por medio de un “mecanismo de defensa proyectivo” (ahondaremos más adelante en esta reflexión de corte freudiana), el sujeto se propone eliminar de sí mismo y atribuye al otro cualidades que espera no encontrar en sí mismo.

La identidad de cada sujeto es construida a partir de un proceso en el cual cada sujeto se autodefine en interrelación simbólica con otros individuos, es decir, que los lazos sociales contruidos están mediados por objetos simbolizados de diferente manera según los diferentes contextos socio-históricos-culturales, por ejemplo, categorizaciones en torno a qué es ser viejo actualmente dista de gran manera de la forma de ser viejo en la edad media. El sujeto interioriza la expectativas que los otros miembros de la sociedad esperan de su accionar.

Acordamos con lo enunciado por Jorge Larraín (2003:32), quien sostiene que la elaboración de la identidad es un proceso cultural, material y social: a. es cultural *“porque los individuos se definen a sí mismos en términos de ciertas categorías compartidas, cuyo significado está culturalmente definido, tales como religión, género, clase, profesión, etnia, sexualidad, nacionalidad, que contribuyen a especificar al sujeto y su sentido de identidad”*; b. es material ya que *“los seres humanos proyectan simbólicamente su sí mismo, sus propias cualidades en cosas materiales”*; c. es social en tanto la identidad es construida en relación con otro que puede ser, por un lado, como los individuos cuyas expectativas interiorizamos y constituyen lo que el propio sujeto espera de sí mismo, y por otro lado, son los individuos de quienes cada sujeto desea diferenciarse por considerarlo portador de atributos negativos.

En torno a los otros residentes, podemos ver en las entrevistas:

*“Acá esto es así, **todo muy plano**...la gente no tiene ganas de hacer nada, ni siquiera quieren hablar, y a mi me encanta hablar. Ni una palabra, **todas al encierro**...sobre todo las de arriba...salen de comer, salen de tomar el desayuno y a la pieza, se acuestan y duermen de nuevo...y yo no puedo hacer esa vida.” (Entrevista Residente, 83: A: 5 meses)*

*“Un día vino un conjunto de música y ella fue, y a la hora de la cena agarró y le sacó el cuero por las canciones que tocaban. Y **yo pienso que no podés hacerle una cosa exquisita a una mente que se está yendo**.” (Entrevista Residente, 83: A: 5 meses)*

*“No quiero ir a mi pieza porque **mis compañeras son muy viejitas, están perdidas y por ahí gritan**” (Entrevista Residente, 65: B: 4 años)*

*“Tengo la biblioteca. No es mucho porque si tengo tres o cuatro lectoras es mucho. **No hay forma de hacerlas leer, no hay forma**.” (Entrevista Residente, 80: B: 10 años)*

“Te da mucha pena esos que están así tirados para abajo, que están como perdidos, se van y se pierden” (Entrevista Residente, 80: B: 10 años)

*“Entonces quedamos para luego de reyes y les digo que le digan a quienes quieran ellas. Renata: y a quien le vamos a decir Alba? A Pamela, Sonia, Odiles, en todo caso, pero **el resto está en la suya y encima no entienden nada**, Silvia siempre tiene que estar encima, y Elena está siempre enojada, a Inés no la vamos a hacer subir. Estemos nosotras nomás.” (Conversación natural– 18/12/15)*

La forma de ver al otro es como estar presenciando un espectáculo en donde existen actores representando un adulto mayor aburrido, desganado, estancado y encerrado en sí mismo. Ese otro representa una sátira, una contraposición, una contraidentificación de los adultos mayores que se comportan como espectadores de una obra de la cual no se sienten parte. Así, se construye una noción de exterioridad entre el adulto mayor entrevistado y otros significativos.

Los "viejos aburridos" son el Otro (Schutz: 1974, 2009) la conceptualización de los otros adultos mayores contribuye al autoconcepto, *"al definir el rol del Otro, yo mismo asumo un rol...al tipificar la conducta del Otro, estoy tipificando mi propia conducta"* (Schutz, 1974:45), ya sea distanciándome de dicha conducta o acercándome, para ello, se utilizan formas o tipificaciones sociales (Schutz: 2009) que son aceptadas en un tiempo histórico-social particular como reglas de conducta y acción.

En torno a sí mismo, pudo registrarse:

*“Parecía un lugar lindo para estar...pero **ni me imaginé que iba a terminar así**, y bueno, por mandarme un par de cagadas terminé loca.” (Entrevista Residente, 64: B: 4 años)*

*“Hay días que es difícil seguir, hay días que deseo la muerte te juro porque es difícil estar acá, porque pienso en mis nietos y en la vida que tenía, pero es lo que me tocó. El parkinson es una enfermedad muy fuerte y difícil. Y tenés que estar con todas las luces para no hundirte en estresarte, en tener estrés y estar deprimida, por cualquier cosa lloro y después llorar me desahoga...me hace sentir más tranquila. **Me da mucha impotencia esta enfermedad.**” (Entrevista Residente, 69: B: 4 años)*

“Y no se, ahora es un cambio total, se me dio vuelta así todo a mi, pero bueno...así lo quiso dios.” (Entrevista Residente, 77: A: 1 año)

*“El taller de memoria me gusta pero la verdad que **nunca me queda...yo se que no entiendo, ya estoy muy vieja.**” (Entrevista Residente, 69: B: 4 años)*

“Dicen que las actividades son interesantes...pero no se...es aburrido, no se si tengo ganas, a parte seguro que todos piensan que somos viejos y nos van a enseñar pavadas porque dicen que no podemos aprender...y si, ya estamos esperando que nos llegue la hora.” (Entrevista Residente, 65: A: 1 año)

En la vereda de en frente se ven a sí mismos como sujetos con intención de realizar actividades, se ven como seres activos que están inmersos en un contexto institucional aplastante y limitante, que no les permite desarrollarse como sujetos activos, y tiende a limitarlos a un reducto de posibilidades de acción mínimas y percibidas como insuficientes para desarrollar una identificación de ser un adulto mayor activo.

La construcción valorativa –positiva o negativa- que los adultos mayores tengan sobre su propio concepto depende de la visión de su cuerpo, su identidad y las capacidades y habilidades que supone poseer, lo cual está en íntima relación con las percepciones sobre sí mismo que reciba de los otros significativos: familiares, amigos, sociedad e institución.

Los sujetos nos definimos en base a la identificación con un otro significativo. En el caso de los adultos mayores institucionalizados y teniendo en cuenta los preconceitos sociales sobre la vejez, la manera en que esa definición se construye a través del otorgamiento de atributos negativos al otro que se encuentra en la misma situación que yo. Dichos atributos son plausibles de tenerlos yo mismo y no son deseados o no tienen el capital simbólico positivo como para construir un autoconcepto deseable.

La identidad constituye la cultura internalizada -roles, actitudes, formas de vestir, de hablar y caminar- por y en los sujetos en contraste y asimilación con diferentes individuos, el

proceso de identificación permite pensar en identidades dinámicas, heterogéneas, cambiantes y difusas según los contextos socio-histórico específicos, a través de los cuales cada sujeto toma repertorios culturales para diferenciarse respecto a un otros, y en ese proceso establecerse en su yo identitario, a través de la asignación identificatoria cultural en relación con atributos estandarizados, el sujeto conceptualiza a los otros y construye el autoconcepto afirmante de su propia identidad.

3.10. Construcción subjetiva del adulto mayor

El desarrollo de la presencia institucional en las representaciones y las prácticas sobre sí mismos y los otros adultos mayores aportó material registrado importante para entender por qué se da una determinada construcción subjetiva del adulto mayor que toma una forma particular en situación de internación.

La institución geriátrica opera para hacer que los adultos mayores piensen que son incapaces por la información que hemos desarrollado anteriormente. No obstante, es necesario precisar que no podemos afirmar que es el peor momento para ellos o es el lugar donde aparecen las peores definiciones sobre sí mismo ya que las entrevistas van revelando que comparados a los conceptos sobre sí mismo en el contexto anterior a la internación eran más graves a nivel personal que lo que sienten adentro de la institución. Debido a que en la relación con los otros significativos (vecinos, familia, amigos) empiezan a surgir las definiciones incapacitantes, que provienen de: a. otro significativos, y b. conjunto de discursos que los adultos mayores interiorizan.

*“El taller de memoria me gusta pero la verdad que **nunca me queda...yo se que no entiendo, ya estoy muy vieja**” (Entrevista Residente, 69: B: 4 años)*

*“Dicen que las actividades son interesantes...pero no se...es aburrido, no se si tengo ganas, a parte **seguro que todos piensan que somos viejos y nos van a enseñar pavadas porque dicen que no podemos aprender...y si, ya estamos esperando que nos llegue la hora.**” (Entrevista Residente, 65: A: 1 año)*

Las concepciones sobre sí mismos enunciadas en las entrevistas anteriores provienen de un proceso social y familiar a través del cual el adulto mayor es considerado, al llegar a la vejez, portador de un cuerpo deficiente, decadente y enfermo, en el avance de los años lo único que puede verse en el adulto mayor es un conjunto de pérdidas mentales, cognitivas, afectivas y relacionales que vienen a conjugarse con un cuerpo con mayor dependencia funcionales, para el aseo personal, las tareas del hogar, o actividades en el exterior. En el ámbito familiar anterior a la institucionalización, los adultos mayores pueden haber vivido una serie de situaciones que hicieron sentirle que es una persona que ya no puede valerse por sí misma, quien necesita asistencia constante para el aseo personal, la realización de tareas

como cocinar, hacer mandados, limpiar; éstas son actividades que posiblemente está en condiciones de realizar pero el ámbito familiar puede insistir en la lentitud de las tareas, en que deje de realizarlas porque se puede hacer mal, llevando a una situación en que son mínimas las actividades que el adulto mayor puede realizar.

La pérdida sucesiva del autocontrol emocional, corporal y contextual contribuye al incremento de los conceptos estigmatizantes sobre su identidad, adoptados por los propios adultos mayores, al decir por ejemplo, que ya no quieren molestar a la familia, no pretenden ser un estorbo, y por eso aceptan la internación.

El desarrollo del envejecimiento de los adultos mayores, desde la óptica de la sociedad, instituye un proceso destituyente de roles de interacción, cotidaneidades y la propia identidad; y un conjunto de pérdidas sobre su propia vida, rutina e intereses, teniendo en cuenta las representaciones y prácticas sociales e institucionales que confluyen en la consideración de la vejez como un período de la vida despojante de todo tipo de capacidades y atributos.

El imaginario social tiende a universalizar el modelo del deber ser adulto mayor, implicando capacidades y (dis) funciones, deseos y expectativas, atribuyéndolas a un supuesto grupo homogéneo, dejando de lado las características de cada sujeto individual, que lleva marcado en su cuerpo y su ser un conjunto de pérdidas de capacidades físicas, mentales, sociales, y asumiéndose que con la “etapa de la vejez” se inicia el proceso inevitable hacia la enfermedad y la discapacidad. Ello es un factor que incide en la manera en que el propio adulto mayor se ve a sí mismo, es decir, a la valoración que hace de su autoconcepto, lo cual conlleva a pensar en qué es, cómo se desarrollan las características de la vejez en su cuerpo y en base a las (in)capacidades que supone contener, dará lugar a la acción o pausar las actividades que objetivamente podría ser capaz de realizar. Al mismo tiempo que ese discurso social tiene injerencia en la manera en que es organizada y proyectada una institución para el cuidado y protección de la vejez como son las instituciones geriátricas, lo cual puede verse reflejado en la organización rutinaria con horarios estrictos de comidas, el tipo y cantidad de actividades que se ofrecen a los residentes, la manera en que el personal se refiere a los adultos mayores como “abuelos/as”, inclusive el festejo de ese día en la institución, la imposibilidad de realizar tareas cotidianas, las restricciones de salidas al exterior, entre otras restricciones.

Las mermas y pérdidas crecientes que hemos explicitado implican, en muchas ocasiones, la reducción de autonomía, el autoaislamiento de los sujetos y la consiguiente pérdida de interés en vivir, ya que todo lo anterior constituyen pruebas irrefutables de que cada adulto mayor va dejando de ser importante para los demás y comienza a sentir que ya no existe para el mundo. El proceso de disminución y prejuicios orientados hacia los adultos mayores tiene como consecuencia el sentimiento de muerte social, la cual constituiría la situación en la que los otros dejan de comportarse como si esa persona estuviera aún viva y empiezan a funcionar como si fuera ya una persona muerta.

Al respecto, Leopoldo Salvarezza (1988) retoma la construcción conceptual del psiquiatra estadounidense, Robert Butler, quien acuña el término *ageism*, traducido al español como *viejismo*, que *“se refiere a la discriminación que se hace sobre ciertas personas meramente por el hecho de acumular años y que se basa en la utilización de prejuicios”*, el autor argentino, sostiene que esa representación social sobre los adultos mayores estaba arraigada en la negación del envejecimiento de los propios sujetos que acuñan el concepto “viejo”, “enfermo”, “débil”, relacionándolo con el grupo de sujetos que se encuentran bajo la etiqueta de la vejez, para así negar su propio proceso de envejecimiento. Estos conceptos degradan la consideración sobre sí mismos, se autolimitan y tiene un autoconcepto que es degradante. Los estereotipos negativos sobre la vejez se ven tan internalizados en los adultos mayores cuanto más estos sujetos tiendan a ser como se les dice que sean, así *“las personas, al suponer que su rendimiento no va a ser bueno, elaboran estrategias de evitación de un posible enfrentamiento que podría ser vivido como traumático o simplemente porque responden a profecías sociales que suponen que los mayores ya no pueden, ya no deben, etc.”* (Iacub, 2014:82)

La concepción social de la vejez encuentra su reproducción tanto en la sociedad, como en los propios adultos mayores, cuando la palabra viejo (estigmatizante actualmente) significa una persona que reúne las características incapacitantes, débiles, enfermos, dependientes, ello se traduce en que tales atributos empiezan a ser vistos por la propia persona en su vida y su cuerpo. En Salvarezza (2013), quien retoma a Furstenberg (1989), se establecen cuatro variables que estimulan a pensarse a sí mismos como viejos: a. edad cronológica; b. debilitamiento corporal acarrea dificultades en la salud, en el movimiento corporal, dolencias, etc., que influyen de forma negativa en las actividades cotidianas, implicando mermas en la independencia; c. decaimiento mental: la enfermedad senil es la más temida por los adultos mayores ya que esa deficiencia pone en peligro la identidad de ser una persona autónoma; d. y la variable más significativa es la percepción de utilidad y existencia social, ello puede verse en las entrevistas y conversaciones naturales en cuanto se enuncia la falta de visitas y la realización de actividades.

En los adultos mayores institucionalizados puede aparecer en mayor medida la degradación del autoconcepto y la disminución del nivel de autoestima en relación con los adultos mayores que aún mantienen su vida en el hogar familiar, teniendo en cuenta que en la vejez se llega con un rompimiento de los vínculos sociales debido a la jubilación (alejamiento de las amistades laborales) y el fallecimiento de amigos y familiares. Al sentimiento de falta de vínculos sociales estrechos que funcionen como puente de apoyo frente a la vicisitudes que la etapa de la vejez puede acarrear, en los adultos mayores institucionalizados sobrevienen otros sentimientos que posibilitan la disminución de un yo con un nivel positivo de autoestima: a. la institucionalización implica el acatamiento obligado a un conjunto de reglas; b. la institucionalización es percibida como el abandono familiar, a pesar de que se acepta el cambio de vivienda, se mantiene latente el deseo de vivir con los hijos; c. se enfrentan con la cercanía

de su propia muerte: como lo enuncia el encargado, saben que esta es la última parada, es aquel lugar donde se espera a la propia muerte: *“Los abuelos saben que están acá como su última morada, último lugar de paso, por más que ellos quieran aparentar que están bien, se ponen mal. Saben que cada fallecimiento los están rozando, y se preguntan: quien será el próximo?”* (Entrevista Encargado – 18/12/2015)

Figura 1: Las destituciones institucionales

Las destituciones institucionales	
> separación con el exterior	
	de singularidad
> pérdidas	de intimidad y privacidad
	de capacidades
	de relaciones sociales
PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE SU VIDA COTIDIANA	
AUTOCONCEPTO NEGATIVO	

Fuente: Elaboración propia

3.11. Comentarios Finales

En el contexto de internación fue posible ver que los adultos mayores transcurren por un proceso que los llevará a convertirse en residentes de la institución. Desde un importante punto de vista analítico, se trató de un proceso de desocialización. Para revestir el rol de residente cada sujeto debe construirse en el sujeto que la institución espera que sea. Dicho objetivo institucional es logrado a partir de las desposesiones, pérdidas y mermas que hemos desarrollado con anterioridad: separación del exterior – pérdida de singularidad – pérdida de intimidad y privacidad – pérdida de capacidades – pérdida de relaciones sociales. Tal menoscabo de capacidades y aptitudes conlleva a una pérdida de control sobre las situaciones y contextos más triviales y habituales de la vida íntima y social de cualquier sujeto.

El conjunto de pérdidas están enmarcadas en la estructura organizacional de la institución y se encuentran reforzadas por una rutina diaria institucionalizada, la cual constituye una nueva y extraña organización de la vida cotidiana de los adultos mayores, consistente en la estructuración del día en horarios para alimentación y medicamentos, asistencia a los profesionales médicos, el control del cuidado y la limpieza del cuerpo.

Las normas establecidas en el entorno institucional persiguen el objetivo de proteger a los adultos mayores, así, por ejemplo, no tienen llave de la habitación para que no se encierren, está prohibido fumar para cuidar de la salud, deben solicitar el dinero a sus familiares. También se les restringe la salida al exterior para evitar caídas o accidentes, todo ello debido a que el personal y los directivos de la institución tienen un pacto con los familiares a partir de lo cual ellos se hacen responsables de todo lo que suceda con los residentes dentro de la institución para garantizar el buen vivir de los adultos mayores.

Desde otra perspectiva, podemos decir que la exigencia de actuar correspondiente a las normas, implica reducir las múltiples actitudes de los sujetos, de forma que resulte cómodo manejar un grupo numeroso de residentes. En tal sentido, la resistencia que los adultos mayores pueden hacer frente a las normas, tiene una entidad mínima, debido a la dependencia que tienen hacia la institución para su cuidado y asistencia, “aguantan”, “aceptan” (en palabras de los adultos mayores) las disposiciones institucionales, dando lugar a la construcción de un yo degradado con atributos incapacitantes sumado a situaciones de aislamiento, soledad y disminución de lazos sociales.

La transformación de la forma de vida de los adultos mayores conlleva a percibir un nuevo modo de temporalidad, donde existe un tiempo estancado y un tiempo acelerado. El *tiempo estancado* es aquel que ocurre en la institución en donde se valora, por parte de los residentes, el cuidado de su cuerpo, su alimentación, un lugar propio para dormir, y al mismo tiempo es cuestionado el tiempo que sobra, sostienen que faltan actividades para pasar más rápido el tiempo, o actividades extraordinarias frente a una vida institucional por demás de ordinaria, estructurada y aburrida. El *tiempo acelerado* es el tiempo de la vida de cada uno de los residentes que los lleva hacia la muerte, puesto que saben que una vez que comienzan a vivir en la institución es la última parada y que allí se quedarán hasta su fallecimiento.

Asimismo, en el contexto institucional la vivencia de cada adulto mayor tiene una particularidad: se desarrolla rodeada de sujetos que comparten su misma edad, similares vivencias y razones de vivir en la institución. En la relación directa y constante con personas que comparten esa subcultura institucional comienzan a producirse contrastes y asimilaciones con las diferentes formas de evaluar el accionar de los adultos mayores. En particular se establecen dos categorías: los otros son evaluados como “viejos aburridos” y el propio adulto mayor se autopercibe como “persona activa”. La construcción de la alteridad y de la mismidad van en sintonía con representaciones sociales que conceptualizan a la vejez con pérdidas presupuestas y reales, sumadas generan sentimientos de ineptitudes, inutilidad, aislamiento, soledad e impresión de molestia. Estos sentimientos generan identificaciones asociando a una vejez negativa que se encuentran intensificadas por la institución, lo cual lleva a concepciones sobre las capacidades propias y ajenas provenientes de los prejuicios asociados a la vejez (viejismo) desde la sociedad y la familia. En este sentido, tanto las transformaciones asociadas con el envejecimiento junto a las concepciones sociales sobre las pérdidas acarreadas en esta etapa de la vida y la merma en el control de la propia experiencia, funcionan para disminuir el autoconcepto.

Para comprender la construcción de los conceptos asociados a la vejez es importante retomar la idea de curso vital, el cual se constituye como un complejo de normas organizadoras de la vida individual en un tiempo socio-histórico específico. Dicho curso puede ser analizado a través del tiempo de vida, el tiempo social y el tiempo histórico. En principio, el tiempo de vida refiere a la edad cronológica que varía su significación en íntima relación con el tiempo social

puesto que en cada tipo de sociedad particular las distintas cohortes de edad tendrán sentidos diferentes respecto al rol que se espera que cumplan. Así tenemos, por un lado, el “tiempo social” que consiste en el basamento de que un individuo cambie de rol, es decir, que según la edad que tenga se esperarán ciertas acciones y formas de pensamiento. Por otro lado, del “tiempo histórico” podemos decir que está constituido por un sistema social-normativo (sucesos económicos, sociales, políticos, culturales, etc.) que formula una serie de normas que van mutando según la edad vital y social de los individuos, lo cual da forma al curso vital de cada cohorte de edad o generación.

La edad constituye la división del tiempo de vida en períodos socialmente relevantes, distribuyendo responsabilidades según la edad social. Es un patrón normativo, en el sentido de que *“las expectativas con respecto al comportamiento apropiado a cada edad forman un elaborado y dominante sistema de normas que determinan el comportamiento y la interacción, una red de expectativas que penetra en todo el entramado de la vida adulta”* (Neugarten, 1999:48); operando como una fuente de control social sobre los individuos en base a los comportamientos que son adecuados para determinada edad.

Además, la edad constituye un mecanismo de control social que establece qué tipo de actividades y características reúne un sujeto cuando tiene cierta edad. Existe una compleja interrelación entre el tiempo individual, los estándares sociales de la edad y el tiempo de los procesos de cambio social, allí el individuo introyecta en su interior el cúmulo de expectativas que la sociedad relaciona con la edad que representa un tipo específico de comportamiento, dichas expectativas sociales influyen en la manera en que cada sujeto se ve a sí mismo.

Los tipos de acciones esperados para cada edad se encuentran sumergidos en el concepto de rol, el cual refiere *“al campo de acción de un actor individual (...) es una serie de comportamientos específicos que tienen una función determinada para una institución social (...) implica funciones específicas para el individuo”* (1999:109). La operatividad de este concepto podemos rastrearla en la manera en que cada individuo aprehende maneras de actuar y pensar que están en la misma línea coherente del rol que cumple. El ejercicio de diferentes tipos de roles durante la vida constituye lo que la autora denomina ciclo vital, es *“una sucesión de roles y constelaciones de roles cambiantes, siendo posible ordenar y predecir el comportamiento a lo largo del tiempo a medida que los individuos pasan por una determinada sucesión de roles”* (1999:109).

Las características, prácticas y comportamientos que socialmente son conectadas y relacionadas con ciertos conglomerados de edad, funcionan como marcadores de identidad, en donde salirse para un costado, podría tener el costo del estigma social. Tales conceptos acuñados por representaciones sociales sobre cómo debe ser la identidad de un adulto mayor, producen una realidad social donde esos conceptos son tanto tomados por los miembros de otros grupos de edad, como por los propios adultos mayores, procediendo a identificarse con esas identidades. La relación de correspondencia oscilante entre las normas sociales,

preconceptos, significados sobre los sujetos y sus prácticas, y ello con las subjetividades, nos permite rastrear el preconcepto social de que la vejez es una sola y por ende todos los sujetos con ciertas características incluidos en ese grupo del ciclo vital, tienen comportamientos y características homogéneas. Este modo de posicionarse funciona como una caja cerrada de posibilidades y cierra el espacio a múltiples identidades.

Desde la perspectiva de Ludi (2012), la vejez es una construcción socio-cultural que se desarrolla a través del proceso de envejecimiento que es particular y completo (2012). En dicho proceso intervienen lo que denomina “*situaciones de vejez*”, refiriéndose a las condiciones estructurales y socioeconómicas, culturales y políticas en donde tiene significación la acción de los individuos, en donde tiene influencia los grupos de pertenencia de los adultos mayores (familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos).

La perspectiva de las “*situaciones de vejez*”, anteriormente nombrada, pueden conectarse con las lógicas cambiantes de la modernidad que implican transformaciones sustanciales al nivel de los roles, los “*horarios corporales*” (Neugarten, 1999) y asincronía de los roles con cada edad social en particular, efectuándose un proceso que Bernice Neugarten denomina “*ciclo vital fluido*” (1999: 63). Dichas transformaciones podemos verlas en las complejas relaciones entre la edad cronológica, los sistemas socio-normativos de edad y el tiempo histórico, es decir, la manera en que cada individuo vivencia su experiencia vital de tiempo y edad que va moldeándose por medio de las disposiciones socio-normativas de edad, mediado transversalmente por las transformaciones constantes de la historia.

CAPITULO IV

Las estrategias de resignificación identitaria en los adultos mayores institucionalizados

En este capítulo desarrollamos el objetivo específico 2, consiste en identificar la dinámica de la “resocialización”, observando prácticas que contribuyan a la formación de reconfiguraciones identitarias positivas de adultos mayores en contextos de internación.

Luego de lo observado en el trabajo de campo, cabe una pregunta menos esperada y menos transitada por la sociología y la gerontología social: ¿pueden los adultos mayores, a pesar de los despojos de la desocialización, gestionar recursos relacionales e identitarios positivos dentro de la institución? Este interrogante nos remite a la dinámica de la resocialización, sin dudas menor, pero presente en la institución. Nos preguntamos: ¿qué tipo de prácticas desplegadas por adultos mayores podemos encontrar frente al proceso de despojo efectuado por el discurso y la práctica institucional, bajo la lógica de adquisiciones? La hipótesis conductora del trabajo indica que además de observar limitaciones, también es posible encontrar prácticas posicionadas como alternativas y/o no previstas por la concepción institucional sobre los adultos mayores que permiten demostrar reconfiguraciones identitarias con una imagen de sí mismos en clave de adquisiciones. Por este motivo, el objetivo será identificar las reconfiguraciones identitarias a través de las prácticas de los adultos mayores que circulan paralelas a la lógica institucional.

Para ello, es preciso retomar algunas ideas construidas en el capítulo anterior, en base al trabajo de campo, la teoría disponible y nuestra hipótesis que sostenía que el discurso social e institucional tiene una construcción de qué significa ser adulto mayor en clave de pérdidas. Dichas significaciones quedaron plasmadas tanto en las mermas e imposiciones familiares e institucionales, como en los conceptos que los propios adultos mayores adoptan para denominarse a sí mismos y el resto de los residentes.

Como ya ha sido enunciado en otros términos, la construcción de la identidad es un proceso intersubjetivo donde la forma de ser de cada sujeto está mediada por el otro generalizado (Mead: 1982) y por los otros sujetos que, al igual que él, se están constituyendo como tales. En el proceso de envejecimiento, aquel momento donde los sujetos se sienten envejeciendo, a través de cambios corporales, actitudinales, afectivos, etc., la identidad propia vivencia variaciones que tienden, en muchos casos, a despreciar y desvalorizar las nuevas formas que adopta este sujeto convertido en “adulto mayor”, viéndose frente a un conjunto de estereotipos sociales negativos que disminuyen la estima sobre sí mismo al identificarlos con la

creciente debilidad cognitiva y física, la impotencia sexual y la dependencia funcional y económica, *“la preocupación de ser considerado como parte de un grupo estereotipado negativamente, con la consiguiente sensación de denigración y rechazo social”* (Iacub, 2014:81), constituye un obstáculo para la concreción positiva de actividades y el realzamiento del autoconcepto.

El proceso de fragilización y quebrantamiento de su identidad, es indicado por Iacub (2014) *“(...) cuando el pasaje a una nueva etapa pone en cuestión la continuidad de la figuración del sí mismo, puede producir una “ruptura biográfica” o narrativa ya que el sujeto siente que su nueva identidad es desconocida, negativa o estigmatizada”* (Iacub, 2014:155). El cúmulo de mermas adscriptas a la vida de los adultos mayores institucionalizados están orientadas a la pérdida de la intimidad y la privacidad, la merma de capacidades tanto en la acción como en el discurso de sí mismo y de los otros residentes, la imposibilidad de diferenciación subjetiva por medio de la vestimenta, la pérdida de control sobre el reloj social y vital que refiere a las rutinas que cada persona realiza en su vida y la pérdida de relaciones sociales exteriores.

En la multiplicidad de estudios orientados hacia el proceso de envejecimiento hemos encontrado investigaciones que reflexionan sobre el desarrollo de los adultos mayores en instituciones geriátricas enfocándose, principalmente, en las mermas de capacidades y posibilidades de acción, el incremento de la soledad debido a la vivencia en un mundo extraño que precisa una resocialización de rutinas ajenas a los sujetos. Asimismo, se presenta un incremento de la dependencia funcional tanto por problemas de salud de los residentes, como también el surgimiento y profundización de dichos problemas ocurren debido a la nueva situación residencial percibida como un abandono.

Por otro lado, hay una proclividad de estudios sobre el envejecimiento no institucionalizado en los cuales la tendencia está orientada a reflexionar sobre las actividades que realizan los adultos mayores y las estrategias que utilizan para llevar a cabo lo que muchos autores (Iacub: 2014; Gastrón: 2013; Ludi: 2012; Salvarezza: 2013) denominan envejecimiento activo, basado en la idea de que existen múltiples maneras de vivir el envejecimiento.

Ahora bien, en las líneas de estudio nombradas no hemos podido rastrear investigaciones que combinen las dos formas de reflexionar sobre el envejecimiento, es decir, que tiendan a la realización de estudios sobre la vivencia del envejecimiento en un contexto institucional e interrogarse en qué medida pueden surgir prácticas y representaciones que, por parte de los adultos mayores, indiquen un posible envejecimiento activo, es decir, que no aborden el fenómeno solamente desde la óptica de la desocialización sino que incluyan también la de la resocialización. En ese sentido, consideramos que los sujetos, aunque inmersos en contextos constrictivos, destituyentes y aplastantes, encontrarán prácticas, espacios y estrategias que les permitan mantener a salvo su identidad singularmente constituida. O por lo menos nos pareció válido el interrogante.

De modo que en el contexto institucional, paradójicamente, podemos observar que no todo lo que ocurre en la vida de los adultos mayores gira alrededor de las pérdidas sino que los sujetos realizan prácticas que muestran una recapitalización y readquisición tanto de las pérdidas imputadas a la vejez, como nuevas adquisiciones que advienen con la edad. A la fragilidad de la identificación y posible dependencia y pérdida de autonomía, los adultos mayores nos proponen una nueva identificación y reconfiguración identitaria que se reactiva y realiza a partir de las pérdidas adscriptas, constituyendo una visión global que muestra una elaboración de la propia vida a través de aciertos y desaciertos, para poder observar la continuidad de la vida en un devenir coherente, con un autoconcepto permisivo a la ganancia y readquisición de las pérdidas enunciadas

En tal sentido, vemos que los adultos mayores tiene la capacidad de accionar frente a la imputación destituyente evitando, mediante diversas estrategias, los atributos asignados a ellos mismos, evadiendo la identidad que les impone la construcción social sobre la vejez, y de esta manera, construir otro tipo de socialización basado en diversas formas de identificarse como adultos mayores.

Nuestras argumentaciones están apoyadas en la concepción de la vejez del paradigma del curso de la vida. La reflexión gira en torno a los sujetos implicados en un desarrollo multidimensional con dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, construido y elaborado por el sujeto en los múltiples ámbitos de su vida (familia, trabajo, amigos, pareja) y durante toda su existencia.

El paradigma del curso de vida permite reflexionar, observar y tener en cuenta la importancia identitaria que se obtiene de las adquisiciones en la institución, ya que no todos los sucesos están enmarcados en término de pérdidas, sino que hay un péndulo que oscila entre las formas destituyentes y adquisitivas de vivenciar los sucesos. He aquí los posicionamientos de los adultos mayores tendientes a revalorizar su sí mismo para demostrar que el sujeto manifiesta su existencia en el presente, contraponiéndose a la conceptualización del adulto mayor como sujeto en proceso de morir.

Al enfocarse en la agencia que el propio sujeto puede realizar entre un cúmulo de expectativas y posibilidades, la gerontología basada en el paradigma del curso de la vida da lugar a un recorrido, una trayectoria con cambios contextuales y sociales, que con la influencia de las normas, se efectúa la elaboración de la experiencia de vida de cada sujeto, con variabilidades y componentes dinámicos.

De modo que con el objetivo de rastrear las estrategias que los adultos mayores despliegan en el contexto institucional para sortear la adscripción identificadora de la institución y el contexto familiar, hemos registrado un conjunto de prácticas alternativas a la adscripción institucional sobre los adultos mayores que decidimos agrupar en cuatro grupos diferenciados,

según el grado de implicaciones que dichas prácticas tienen en función de la reconfiguración y revalorización identitaria.

4.1. Las interacciones sociales

La primera manifestación tendiente a sortear el aplastamiento institucional está constituida por el desempeño de los adultos mayores en la construcción de relaciones sociales. Dichas relaciones encuentran diversos niveles de compromiso emocional. Así pudimos diferenciar, por un lado, las relaciones sociales establecidas entre los adultos mayores-residentes, y por otro, las relaciones sociales entre los adultos mayores-residentes y los familiares de otro residente.

4.1.1. “Relación entre co-residentes”

Es el tipo de relación de camaradas que desarrollan su vida bajo las mismas condiciones edilicias, habitacionales, alimenticias y del cuidado de la salud, dicha relación puede darse tanto entre los co-habitantes de la habitación como así también de habitaciones aledañas, consisten en la ayuda para levantarse de la cama o asistir al baño, en conversaciones del orden coloquial e informal característicos de la vida social junto a otro. También se producen encuentros por medio del compartir infusiones durante los ratos libres, o avisar que llegó un familiar, así como llamar a las empleadas en el caso de que un residente precise la asistencia del personal para alguna tarea o actividad en particular.

El tipo de relación mencionado contribuye a la adaptación de los residentes recién ingresados. Los adultos mayores ya establecidos en la institución ayudan, a través de la transmisión de conocimientos sobre la dinámica de la misma, a un transcurso relativamente armonioso para el establecimiento de la vivencia del nuevo residente, ello no quita los sentimientos de abandono y erradicación por parte de su entorno más cercano, sino que al presentarse como un contexto compuesto por individuos en su misma situación puede conseguirse un desarrollo no tan traumático de adaptabilidad al medio.

4.1.2. “Relación de compañerismo fraterno” (Goffman, 2009:276)

Dicha relación puede darse entre co-habitantes de la habitación y de sector (planta alta, pasillos y anexo). El tipo de conexión supone un nivel más profundo respecto del anterior, así vemos que se conocen al salir de la habitación luego del desayuno o la merienda entre los pasillos donde hay bancos y patios internos con mesas y sillas, en la zona del comedor donde hay un televisor, o en el anexo donde se reúnen para conversar, jugar a las cartas, ver televisión y tomar mates. Comienzan a entablarse conversaciones de distinta índole sobre la vida en el hogar o la familia, se empiezan a dar los intercambios de objetos, y van sabiendo cada uno más del otro. Si hay algún adulto mayor que no puede movilizarse y precisa compañía se les da ayuda ya que existe y manifiestan un sentimiento del compartir la rutina diaria, el presente y los deseos de compañía.

La relación de compañerismo fraterno constituye un nivel más elevado de compromiso, empatía y relación en torno al otro, ya que además de la ayuda mutua, comparten gustos, intereses y momentos, lo cual constituye un posible camino hacia la construcción del vínculo de amistad. A continuación vemos un extracto de entrevista donde se valoriza tener a un determinado residente como compañía en la habitación:

E: Viste la compañera de lujo que tengo?

O: No, no, bueno, no diga eso.

E: Si, lo digo yo y se lo repito a todo el mundo. Esta mañana justamente. Estábamos con la Blanca, la de arriba, charlando con Olga también, y me dice: con quién está ud.? y yo le digo: ah yo estoy en el lugar privilegiado del anexo, y me miraron las dos: con quién estás? Estás sola?. Y le digo: no, no, estoy con Odiles. Dicen: ah bueno, vos si que sacaste la lotería. Y la verdad que sí. (Entrevista Residente, 74: A: 1 año)

4.1.3. "Relación de amistad o camarilla"

Esta relación constituye un lazo afectivo que implica atributos de camaradería, compañerismo y relación afectiva profunda a partir de lo cual los implicados en la relación se acompañan en la vida cotidiana, comparten cumpleaños con familiares y amigos por fuera de la institución, organizan actividades juntos en el hogar, se forman grupos con preferencias parecidas, se ayudan en acciones que son prohibidas por la institución desde las más ínfimas como el placer en los gustos, en las actividades creadas por los adultos mayores, como también en las relaciones de pareja y les permiten tener un momento de intimidad alejados de la mirada constante de la institución.

Las relaciones de amistad constituyen un estilo de compañerismo acompañado de la *relación de camarilla* (Goffman, 2009:277), es decir, aquel lazo que implica un íntimo conocimiento del otro en torno a sus preferencias, gustos, deseos, estados de ánimo, etc., a partir de lo cual pueden concederse objetos, secretos, prácticas prohibidas, la formación de relaciones con las familias entre sí, de actividad, reuniones en cumpleaños o fechas claves.

Para el tipo de relación que nos referimos, podemos tomar como referencia la relación entre dos mujeres residentes que asisten al taller de memoria, quienes han construido una relación de amistad. Ambas tienen sus dormitorios en la zona de habitaciones individuales, las cuales están enfrentadas y comparten el baño. En diversas situaciones de taller de memoria y conversaciones naturales han enunciado que se acompañan mutuamente en las actividades cotidianas que necesitan, se apoyan en los momentos tristes y dan entusiasmo a la otra al momento de realizar nuevas actividades, además, organizan reuniones junto a las familias.

4.1.4. "Relación de pareja: atracción erótica o galanteo" (Goffman, 2009:277)

El tipo de relación mencionado no implica específicamente una relación para la consumación del acto sexual, sino que puede enfocarse en la atracción física y emotiva con otra persona, y al acompañamiento afectivo. Ello sucede de forma restringida ya que las parejas heterosexuales que pudimos registrar, se encuentran separadas por el régimen de segregación residencial que separa en zonas diferenciadas a hombres y mujeres, y si tenemos en cuenta que las habitaciones se constituyen para compartir por tres personas, implica una prohibición de la intimidad por omisión, tal como puede verse en la enunciación de una residente: *“pero qué pueden hacer los viejitos”* (Conversación natural – 31/10/2016)

La construcción social sobre el cuerpo y la sexualidad se encuentra resguardada para los jóvenes y adultos de mediana edad. Debido a que existen imaginarios sociales que asocian la sexualidad con la procreación, sosteniendo que la expresión sexual es una manifestación de la atracción física, y ello asociado a las imágenes difundidas por las propagandas de los cuerpos que considerados bellos, están representados por atributos jóvenes y fuertes, apareciendo en marketing de cremas y preservativos. De este modo, la expresión sexual sería inexistente para los adultos mayores, atribuyendo a este momento de la vida una creciente incapacidad sexual. Al respecto, Leopoldo Salvarezza, expresa:

“El envejecimiento es la aparición en lo social de un tipo de cuerpo que rompe la armonía de un ideal estético deseable o una especie de somatización que se descubre con el paso del tiempo y que, al igual que los discapacitados, con quienes muchas veces se los asimila, recibe el estigma de ser distintos y, por lo tanto, no deseados y/o rechazados.” (Salvarezza, 2013:263-264)

La cita anterior constituye el clima generalizado de suposiciones sobre la erotización del cuerpo viejo, tanto por sus protagonistas, sus familias, la institución, y la sociedad en la que viven. Sin embargo, ello no implica que todos los adultos mayores de forma homogénea y amalgamada vivirán este suceso como crítico, sino que lo vivirán los sujetos que, en las situaciones de discriminación, estigmatización y ninguneo, no traigan consigo las herramientas discursivas para instaurar una defensa frente a la destitución discriminadora que realizan los otros sujetos, aceptando el lugar que la sociedad le concede: viejo asexual.

Para abordar el desarrollo a partir del trabajo de campo, pudimos ver que en situación de actividad del taller de memoria, las asistentes comenzaron a hablar de una mujer que tiene novio y dijeron *“bah...somos unas chusmas, tampoco es que hay muchos hombres acá”* (Conversación natural en Taller de Memoria – 01/09/2015), a lo cual la tallerista comentó *“hay varias parejas en el hogar”*. En otra clase del taller de memoria expresaron que *“la mujer nueva es amiga de un hombre nuevo que entró hace unas semanas”* (Conversación natural en Taller de Memoria – 22/09/2015). Dichas situaciones son presentadas por los adultos mayores que las relatan cómo situaciones extrañas, raras y fuera de lo común, ya que alegan que no tendrían razones para buscar pareja a su edad, que es una práctica no aceptada por los hijos, y que pueden estar faltando el respeto a su pareja fallecida. Sin embargo, ante la existencia de

parejas en la institución, presentan conformidad frente a las mismas, alegando que puede constituirse como un buen mecanismo de compañía y que el personal de la institución no les dice nada, *“y sí, total somos indefensos, no vamos a hacer nada”* (Conversación natural – 25/10/2016).

En los relatos de los adultos mayores pudimos ver dos señales bien marcadas del edaísmo (es decir, la discriminación por edad avanzada): por un lado, indicar que los adultos mayores no necesitan una relación amorosa, sexual o erótica; y, por otro lado, sostener la mirada infantilizante hacia los adultos mayores, alegando que, en el caso de tener pareja, no harían nada porque son indefensos. De esta manera, podemos ver la forma en que las representaciones sociales sobre la relación amorosa, sexual y erótica en la vejez están arraigadas en los conceptos que los propios adultos mayores tienen sobre sí mismos, lo cual implica una destitución de los adultos mayores como ícono deseable, haciendo aún más difícil la interacción social de este tipo, lo cual permitiría el realzamiento del autoconcepto.

Asimismo, otras parejas se forman entre los pasillos y en momentos de comedor. *“La pareja de Cacho y Lucía. Él está un poco mal de la vista y a ella le cuesta caminar así que se ayudan. Viven en habitaciones cercanas. Mientras comemos Cacho se acerca le dice cosas al oído y ella se ríe. Y después están siempre juntos en los pasillos del fondo o la cocina chiquita. Cuando viene la familia se saludan como amigos pero después se dan piquitos. No creo que a la noche se vean porque están las nocheras y viste abajo los hacen dormir muy temprano hay mucho control. Acá arriba tenemos más libertad, por ahí nos cruzamos y charlamos, igual que en el anexo. Aunque no hay muchos hombres como para tener pareja.”* (Conversación natural – 31/10/2016)

En el relato anterior es posible ver algunas cuestiones. En primer lugar, los residentes relatan la relación que comparten los dos residentes en el momento del comedor y en los pasillos, la cual es vista como una relación de compañía, ayuda mutua y afectos. En segundo lugar, refieren al cambio de relación que ocurre entre los dos residentes cuando llega a la institución la familia de uno de ellos, así vemos que la aceptación familiar está vedada por diversas razones subjetivas, como por ejemplo, aludiendo a una falta de respeto a su pareja fallecida. Sin embargo, el posicionamiento de la familia remite a una discriminación por edad ya que, socialmente, resulta imposible construir un vínculo amoroso en la vejez.

Es preciso desarrollar la conceptualización del sentido común que asocia a la vejez como un momento asexual de la vida. En la institución geriátrica lo que sucede es una extensión e intensificación de esa representación, a partir de lo cual vemos la inexistencia de habitaciones que permitan la permanencia de parejas u otorguen la posibilidad de intimidad. Al interior del contexto institucional los adultos mayores están separados en mujeres y hombres, y según el grado diferencial de dependencia y patologías. Ricardo Iacub plantea que *“el sesgo asilar perdura, y provoca que la disciplina que caracterizaba y daba a estas instituciones una función social de custodia se haya convertido en un mecanismo de control de las patologías de*

la vejez, lo cual aparece como el justificativo más reconocido socialmente” (Iacub, 2006:182), acordamos con el autor ya que pudimos observar que la rutina diaria, la división de sectores entre sexos, el servicio de bienestar orientado a la salud y al control de patologías, reduce la vida en la institución geriátrica a un cuidado de la salud, perdurando el sesgo en torno al disfrute del tiempo libre, la construcción de lazos sociales y amorosos que contribuyan a un mejor tránsito por la institución. Es pertinente retomar la noción de reglamentación de Goffman ya que implica el control constante sobre la vida de los individuos y les quita la posibilidad y libertad de hacer lo que quieran en el horario del día que lo deseen, sin olvidar que la relación hacia los adultos mayores institucionalizados como un grupo homogéneo que comparten horarios durante el día, similares intereses para la realización de actividades recreativas, el uso de habitaciones compartidas, la posibilidad de que las empleadas de limpieza ingresen a la habitación cuando lo deseen, entre otras cuestiones, despoja la posibilidad de prácticas íntimas, y en particular aquellas representadas por el amplio repertorio de lo sexual.

En diversas ocasiones pudimos registrar relatos de otras relaciones. En un ejemplo puede verse la representación social estigmatizante para formar una nueva pareja: *“Hay una pareja. La mujer tiene el hijo que vive en EEUU, él la quiso llevar y ella le dijo que no sabe el idioma y entonces no iba a poder hablar con nadie, pero en realidad todas sabemos que es porque están re enamorados y ella no se quiere alejar de su novio, pero si el hijo se entera la mata”* (Conversación natural – 18/10/2016). Allí, se ve la fuerte impronta que tiene la significación que la familia tenga sobre las prácticas de los adultos mayores residentes. La representación social sobre los adultos mayores indica que son sujetos que no pueden tener pareja, aduciendo argumentos que refieren a una falta de respeto a la pareja fallecida, preguntándose para qué necesitan una pareja, y sosteniendo que ya a esa edad no se puede hacer nada a nivel sexual, esta posición social se ve mayormente reflejada en la relación entre los adultos mayores y su familia, siendo esta última la fuente de inconformidad frente a la emergencia de relaciones amorosas entre residentes.

A continuación podremos ver dos enunciados que implican una noción estigmatizante de la búsqueda de placer erótico en la vejez, tanto por parte del personal institucional como de los propios adultos mayores, ya que, como veremos, la construcción social que destituye a la vejez de aptitudes sexuales y eróticas está introyectada de tal manera que en nuestro universo de estudio hemos visto que los sujetos que realizan esas prácticas no sólo son estigmatizados, sino también ninguneados o simplemente soslayados por frases como *“y qué pueden hacer los viejitos?”* ó, *“son viejos viste...”* (Conversaciones naturales).

“Cacho entró varias veces a la habitación de una de las novias y me dijo la empleada que le vaya a golpear y decirle que no puede ir al anexo porque es de mujeres” (Conversación natural – 18/10/2016)

“Hay otros que se esconden donde no va nadie y se dan piquitos”
(Conversación natural – 18/10/2016)

La existencia de situaciones donde hay demostraciones afectivas y amorosas, provoca un rechazo de la familia, el personal de la institución y los adultos mayores, obrando para la evitación de dichas situaciones, como se ha podido ver en los extractos de conversaciones naturales. Además, la pronunciación de “*y se dan piquitos*” ocurre en un contexto de emociones entre vergüenza y risa, aludiendo a una práctica considerada íntima y prohibida en la institución. Dicha prohibición se realiza de manera efectiva como en el primer caso, y también se da de forma que se infantilizan y disminuyen las prácticas afectivas de los adultos mayores, bajo la representación de sujetos vulnerables. Todo ello es resultado y muestra de una representación social estigmatizante hacia los adultos mayores que los concibe como sujetos feos, débiles, impotentes y asexuados.

Frente a ello, nos preguntamos: ¿por qué el cuerpo viejo no es un cuerpo deseable? En la misma línea de argumentación que estuvimos desarrollando anteriormente, sostenemos que el cuerpo viejo es disfuncional a la representación social que se construye alrededor de la belleza, la sexualidad y el deseo. En torno a los adultos mayores, específicamente aparece una variable de estigmatización: la piel, y esa variable se constituye, según Salvarezza (2013), como la vara para medir lo deseable o no de un determinado cuerpo, es decir, el sujeto para ser objeto de deseo debe presentar un tipo de piel suave, sin arrugas o marcas, y con fortaleza, situación contraria a la piel de los adultos mayores. La falta de contacto hacia los ancianos, al observar esa piel como vieja, indeseable y como muestra de la próxima vejez propia, implica la posibilidad del sentimiento de soledad y desasosiego en los adultos mayores institucionalizados. El cuerpo viejo vivencia la distancia respecto a los cuerpos presentados como deseables en propagandas de todo tipo, hasta aquellas de cremas anti-age. Pareciera que más allá del paso de los años lo importante es mantener una imagen joven hacia el afuera y evitar la “enfermedad” de la vejez.

Según lo expuesto, es posible decir que lo deseable es una construcción social en donde el cuerpo viejo no está incluido, ya que está pensado a través de la lógica patológica que identifica a ese cuerpo con la enfermedad, la senilidad, la fragilidad, que necesita de ayuda constante y es crecientemente dependiente de su entorno y de profesionales capacitados en enfermedades asociadas a la vejez. Asimismo, la sexualidad normativa se constituye por medio de la reducción del goce y el placer al acto sexual, sin tener en cuenta un repertorio de prácticas eróticas que hacen al vínculo afectivo. El cuerpo en la vejez no guarda correspondencia con la representación social y normativista de la forma en que se constituye un cuerpo normal, sano y bello, contribuyendo a discriminación, autoestigmatización y aislamiento; ya que un cuerpo normativamente catalogado como normal es opuesto a la dependencia funcional, asociándose la última con la enfermedad, constituyéndose dicha representación como la puerta de ingreso a la pérdida de autonomía y autoestima debido a la mayor dependencia y proclividad a tener enfermedades asociadas a la vejez.

4.1.5. “Integración al vínculo familiar”

El segundo grupo está constituido por la relación de los adultos mayores y los familiares de otros residentes. Este tipo de relación en general se entabla entre adultos mayores que han quedado sin familiares o conocidos que los puedan visitar en situaciones en donde no existe buena relación con la propia familia y no reciben visitas. Así es que tienden a relacionarse con los familiares de adultos mayores residentes que son conocidos por la zona en que tienen la habitación, compañeros de habitación o amigos. En ocasiones han comentado que los propios adultos mayores solicitan a sus tutores les permitan salir para asistir a reuniones a las cuales son invitados por los familiares de otros adultos mayores, o en otras situaciones los familiares de un residente solicitan al encargado se tramite el permiso para salir por un día para otro adulto mayor.

El tipo de relación intersubjetiva que construye un residente con la familia de otro residente puede pensarse como una compensación frente a la falta de relación con su propia familia y un intento de entablar conversaciones y conexión con miembros del mundo exterior. Así, pueden constituirse familias extendidas ya que son invitados a participar en múltiples tipos de eventos, como cumpleaños, día del padre o madre, navidad, año nuevo, con lo cual podemos ver que esa familia “adopta” al adulto mayor como un miembro más de la familia.

La construcción de los vínculos sociales nos muestra que reviste de un carácter importante el concatenamiento de complicidades para favorecer a la continuidad y profundización del vínculo, debido a que los intercambios que se efectúan a través de las relaciones sociales contribuyen a reforzar cada vínculo. Como lo enuncia Goffman “(...) *el favor sustancial que una persona dispensa puede compensarse de modo adecuado mediante un gesto puramente ceremonial del favorecido, ya que en ambos actos cabe testimoniar por igual el justo interés por el otro*” (2009:274).

Las interacciones sociales constituidas en el contexto institucional nos remiten al concepto de *ajustes secundarios* que Erving Goffman (2009) construye en un estudio sobre otro tipo de institución total, con el objetivo de reflexionar sociológicamente sobre las prácticas de los pacientes psiquiátricos que esquivan las reglas de la institución. Tal concepto está explicado como “*ciertas prácticas que, sin desafiar directamente al personal, les permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos*” (Goffman, 2009:65-66).

En nuestro caso de estudio hemos registrado algunas prácticas que permiten que los adultos mayores recuperen el sentido de sí mismos como sujetos autodeterminantes de su propia vida, lo cual quedará demostrado a partir del control sobre sí mismo y su contexto, pudiendo asemejar dichas prácticas a lo que ha sido conceptualizado como ajustes secundarios. Asimismo, los ajustes secundarios, como hemos visto en el apartado de las relaciones sociales, tienen implicancia en la reconstrucción del yo a través de los *procesos de cofraternidad* (Goffman, 2009:65-66), que permiten el acercamiento de los residentes para darse compañía, ayuda mutua y afectos, construyendo estrategias, espacios y situaciones en

donde se ven librados a su autonomía y libertad, escapando de la rutina diaria institucionalizada y de la única forma de ser adulto mayor que les presenta la institución.

En este estudio, no obstante, haremos un uso relativamente libre de la noción de *ajuste secundario*, ya que en Goffman supone a menudo la gestión de recursos expresamente “contrarios” a la institución. Nosotros estaremos atentos a las dinámicas “alternativas” o “paralelas” a la rutina institucional, lo cual no supone necesariamente que sean subversivas de la misma. Para el caso de estudio que nos compete, los tipos de ajustes secundarios que esperamos encontrar están conceptualizados por Goffman como *ajustes reprimidos*, este mecanismo es utilizado como medio para lograr autonomía individual, por lo que no introduce en la institución transformaciones radicales, sino que más bien constituyen prácticas que otorgan beneficios personales.

Además, existen solidaridades particulares según la zona de habitaciones que pueden darse en el caso de relación de co-residentes, en particular con aquellos adultos mayores que tienen un ingreso reciente a la institución, les permiten conocer los modos de relacionarse entre los residentes y el personal, de modo que la trayectoria al interior de la institución venga cargada de las herramientas necesarias para evitar roces con el personal. Asimismo, en el momento del comedor tienen la posibilidad de conocer a otros adultos mayores, prestándose tipo de solidaridades para evitar el apercibimiento discursivo del personal al momento de la comida. Sin embargo plantean que los lugares tendrían que ser más flexibles:

"Yo pienso que en las mesas deberían sacar a las personas que están mal y dejarnos a los normales juntos...no es por ser malas porque capaz el día de mañana yo me levanto así, pero nos hace mal...nos atrasa y es contagioso ese estado, y a ellos no les sirve" (Conversación natural en Taller de Memoria – 22/11/2016)

"Encima no podemos decir nada porque mirá si chau nos echan? a parte desde el tiempo que hace que vivo acá ni una sola vez vi que haya alguien de la comisión mirando cómo nos llevamos...desde el día que llegas al hogar te quedas ahí hasta morirte" (Conversación natural en Taller de Memoria – 22/11/2016)

En los relatos podemos ver la inconformidad en torno a una decisión institucional que establece los lugares para sentarse en las mesas del comedor desde el día que ingresaron. Según lo relatado, no existiría la posibilidad de un cambio para que los adultos mayores que entablan relaciones de amistad puedan comer juntos, alegando que ese es el único momento en que tienen contacto para conversar con otros residentes que no tienen las habitaciones en la misma zona. Asimismo, existe una reticencia a estar junto a personas seniles, debido a miedos y temores de terminar así, refiriéndose a ellos en noción de “contagio”, y que les da tristeza verlos, ya que eso implica verse a uno mismo en un futuro que no se presenta como

lejano, sino que puede ser al día siguiente. La reticencia al contacto con personas seniles y la referencia a ellos -los seniles- como sujetos de los cuales se pueden “contagiar”, tiene relación con las reflexiones en torno a la conceptualización del otro residente como viejo desganado, en este caso la referencia a “los seniles” como una categoría de residente, que debe ser apartada de “los normales” implica un mecanismo de proyección (Freud, 2015) a partir del cual el yo insta los mecanismos de defensa para protegerse frente a las destituciones sociales imputadas hacia sí mismo como sujeto. A través del mecanismo de la proyección, el individuo expulsa de sí mismo atributos y localiza en el otro sujeto cualidades y sentimientos que no son reconocibles en sí mismos y causan rechazo.

La utilización del concepto de ajustes secundarios nos permite reflexionar en torno a las estrategias que emplean los residentes para llevar a cabo prácticas desautorizadas por la institución, esquivando los supuestos esgrimidos por la misma en torno a la forma de efectuar las prácticas, evadiendo la conceptualización de adulto mayor que tiene la institución. En el momento en que cada adulto mayor no hace las actividades propuestas, o utiliza las actividades institucionales para fines de socialización con residentes o vecinos del barrio, al mismo tiempo que construye relación de amistad y de pareja, se constituyen como herramientas importantes y valoradas por los residentes para escapar del rol que la institución, su familia y la sociedad le imputan, una representación que es dada por supuesto: son viejos inactivos, incapaces, asexuales e infantilizados.

¿De qué forma se efectivizan los ajustes secundarios? A través de las *fuentes* (Goffman, 2009:209), es decir, los elementos que usan los adultos mayores en sus prácticas que consideramos revisten el carácter de ajustes secundarios. En sus vestimentas guardan pertenencias propias, en los espacios de reunión destinados a las conversaciones entre residentes y las familias, los adultos mayores pueden entablar interacciones y actividades lúdicas que sirvan a la integración social dentro de la institución. En tal sentido, es pertinente la utilización del concepto *sustituciones*, tal como explica Goffman (2009): *“en todo establecimiento social, los participantes utilizan los artefactos a su alcance en formas y para fines no previstos oficialmente, con lo cual modifican las condiciones de vida planeadas para ellos”* (Goffman, 2009:209), la sustitución de actividades u objetos en nuestro caso de estudio consiste en la utilización del mismo de otra forma o para otro fin que aquel pronunciado por la institución. El espacio predilecto de las sustituciones se establece en la vestimenta personal ya que la presentación del atuendo es una de las pocas representaciones sobre sí mismos que controlan los adultos mayores, a pesar de que su cuerpo (debido a sus dolencias, dependencias y enfermedades) sufre de ciertas intromisiones externas, todavía es el espacio a partir del cual el adulto mayor puede presentarse en un yo distinto respecto a la conceptualización que recibe del contexto social. Los espacios y objetos están constituidos como beneficios para el adulto mayor o para las personas con las cuales tiene una relación íntima.

En coincidencia con las argumentaciones de Goffman, pudimos saber, a través de entrevistas y conversaciones naturales con miembros del personal, que algunos vínculos de solidaridad están incluidos dentro del universo de conocimiento en común que tienen los miembros que circulan la institución. Ello podemos verlo en los enunciados de distintos miembros del personal que afirman ante la pregunta sobre las parejas, ya que forman parte de la vida cotidiana y convivencia compartida de los adultos mayores. Asimismo, pueden darse ciertos vínculos que forma parte de la vida secreta de la institución (Goffman, 2009:209), en particular nos referimos a los vínculos que implican, por un lado, intercambio de favores en forma de objetos, secretos y acto de cubrir para realizar actividades vedadas por la institución, y, por otro, la gestación del tipo de solidaridad que implica diversos niveles de profundidad e intimidad en la relación, específicamente aquel vínculo que puede llevar a una relación erótica-sexual, particularmente prohibida por omisión.

4.2. La cotidiana sátira real

En el apartado “mi otro yo” del tercer capítulo de nuestra investigación, hemos podido dar cuenta de la manera en que los adultos mayores entrevistados se posicionan frente a otro sujeto decrepito, enfermo, incapaz y desganado: el viejo. El distanciamiento hacia otro sujeto considerado viejo es un importante mecanismo de diferenciación que usan los adultos mayores para apartarse de aquel sujeto que rechazan y les permite realzar su autoestima.

El registro del lenguaje interno nos permitió conocer la herramienta de lo cómico, con el uso del humor y la ironía para desdramatizar la situación. El sentido del uso de lo cómico consiste en mejorar el concepto de sí mismo en contraste a la forma en que fueron tratados antes de la institucionalización. Ello refiere al tipo de relaciones que mantuvo con su familia a través de interacciones conflictivas en las cuales el adulto mayor se sintió una carga, tanto a nivel económico como de cuidados. Al mismo tiempo, comenzaba a percibir una pérdida creciente de roles (ámbito laboral, familiar y personal), junto a la merma de autonomía y capacidad para realizar diversas actividades.

En el contexto actual de internación geriátrica, el adulto mayor ya no se siente una carga social para la familia debido a que su núcleo social ya no debe hacerse cargo del cuidado y la atención, asimismo en la institución tiene la oportunidad de conocer a sujetos que se encuentran en su misma situación, expresando un sentimiento de libertad en sus acciones pese a que el clima de institucionalización no es el horizonte deseable y esperado en términos de las destituciones y transformaciones que sufre su rutina diaria, sus actividades cotidianas y la utilización del tiempo libre.

Los adultos mayores perciben que son evaluados tanto por sus familias, por la sociedad y la institución con lástima y pena por ser viejos, frente a lo cual se posicionan con chistes, ironías, frases cínicas, para sobrellevar ese concepto que se tiene sobre su vida y retrucar los días con actividades que contradigan ese concepto. Las prácticas irónicas y

herramientas del chiste y la risa constituyen un importante logro de los adultos mayores que evidencia el proceso de resocialización que experimentan en el contexto institucional, lo cual contribuye a la construcción de un autoconcepto positivo.

a. sobre el cuerpo

“yo uso pañal y no me importa...no cambia lo que soy...una vieja con pañales”

“N: esa se caga encima...A: y vos no?” (risas)

En ambos casos es posible observar la externalización de una situación que pueden llegar a vivir muchos adultos mayores institucionalizados: el uso de pañales. A nivel subjetivo, el uso de pañales produce en el propio sujeto una regresión a su estado más infantilizado y dependiente, trayendo consigo todos los problemas asociados culturalmente con su edad. El uso del pañal es la señal de la pérdida de control sobre el propio cuerpo, oponiéndose a conductas culturales decorosas, e indica una relación directa con los otros enunciados como viejos. En el primer extracto es posible ver una aceptación del uso del pañal considerando que es un artefacto extraño a su cuerpo que sólo está ahí presente, pero no modifica su identidad. En el segundo, vemos una conversación donde uno de los residentes imputa una acción incontrolable que, debido a la exposición de su receptor, también le sucede a ella. El hecho de señalar que otro sujeto **“se caga encima”** y recibir el retruco en complicidad con miradas y risas, contribuye a reírse de una situación que está extendida en el contexto institucional.

b. ¿viejos? ¡los otros!

“¡viejos son los trapos!”

“dale Carmen, pensá, si ya te expliqué cómo eran las cartas, si vos sabés, **prestá atención porque sino te volvés vieja”**

“me volví vieja pero eso no me quita lo coqueta y pienso que así me mantengo como siempre fui”

“pero mirá que **se puso viejo y quilombero”**

“ese de allá se hace el sota pero entiende todo, es de atendido nomás que es”

El agrupamiento anterior se realizó debido a que se hallaron en todas las conversaciones una forma de mejoramiento del autoconcepto a través de otorgar el atributo “viejo” a personas, situaciones u objetos que no tienen relación con sí mismos. En primer lugar, hay una frase indicando que lo viejo no son ellos, sino que son los otros, aduciendo una discriminación orientada a los sujetos institucionalizados por el hecho de tener una edad avanzada. El segundo caso nos da una clave para entender la relación entre los adultos mayores, las representaciones sociales y su posicionamiento, así vemos que, durante un juego

de cartas, una residente le indica a otra que recuerde sus explicaciones, se concentre y piense en armar bien el juego porque de lo contrario estaría adoptando el atributo de vieja, exteriorizando un estereotipo orientado a la incapacidad que tienen los adultos mayores para desplegar destrezas recreativas y cognitivas. En último lugar, hay una reflexión en torno a que con la vejez estigmatizada y negativa deviene atributos negativos como *“ponerse quilombero”*.

c. ¿cómo somos?

“todos piensan que estamos ya resignadas...como de vuelta, pero yo estoy bien vivita, mirame”

“así como me ves...tengo mis 93 años”

“uy mirá, ahí viene maría lamento” (risas)

En el apartado “¿cómo somos?” observamos dos formas de reafirmar la identidad como un sujeto alejado de la vejez. En las dos primeras frases se hace una referencia a la representación social generalizada que asocia a la vejez con la decrepitud y la muerte, al mismo tiempo que se solicita relacionar su condición física y psíquica con su edad, haciendo referencia al estereotipo social que establece una relación de afinidad entre avanzada edad y niveles altos de dependencia e incapacidades, mediante el mecanismo de solicitar la mirada del interlocutor, los sujetos buscan reafirmar su búsqueda de un mejoramiento del autoconcepto que los otros tienen sobre sí mismo.

d. muerte

“mirala aquella, viste qué bien que está? Hace unas semanas parecía un fiambre...así, como que se iba, y ahora despertó”

“lo único seguro acá es la parca” (risas)

En este caso registramos la referencia a la muerte. En las dos situaciones el relato utiliza sinónimos coloquialmente asociados a la muerte, como *“fiambre”* y *“parca”*. En el primer caso se hace referencia a una residente que tenía complicaciones de salud debido a empezó a sentirse triste y sola debido a que tuvo un conflicto con su familia y dejaron de visitarla en la institución, ello conllevó un proceso de dejarse ir, como se indica en el extracto, y luego volvió a sí misma. En el segundo caso indican que la única seguridad que tienen en sus vidas es la muerte debido a que saben que en el momento de llegar a la institución geriátrica, esa será su última parada antes de morir, y también aludiendo que tienen poco o nulo control sobre sus propias vidas y todo esta relegado a las decisiones de su familia y la institución.

Para continuar con este apartado, es importante tener en cuenta los aportes de Sigmund Freud, quien sostiene que los chistes otorgan placer al sujeto que lo realiza. Las risas

funcionan como vía de escape ante los sentimientos reprimidos, produciendo un ahorro de esfuerzo psíquico que las acciones prohibidas gastan. En el momento de expresar una idea a través del chiste o el humor con la expresión de la risa, la cantidad de energía destinada a suprimir deseos, se libera y causa placer.

El atributo más valorable del humor es la capacidad de permitirle al humorista esquivar el enorme despliegue emocional que implica pensarse como *“viejo incapacitado”*. Dicha estigmatización fue interiorizada por los residentes a través de la representación social que refiere a una vejez negativa, la cual atribuye a los adultos mayores la imagen de enfermedad y patología, con el agravante de vivir en un contexto de internación geriátrica.

El humor surge del contacto del individuo con el contexto cultural, ideológico y social que lo rodea. Es una herramienta que capacita al individuo, tomando distancia de la realidad, en la acción de relativizar una amalgama de situaciones que irrumpen en la percepción positiva de su identidad. De este modo, genera bienestar en el individuo, forma parte de la adaptación frente al contexto que les toca vivir, teniendo en cuenta las capacidades y afecciones que traigan consigo, implicando un mecanismo de defensa que a través de la ironía y el humor permite revalorizar el concepto de sí mismo frente a la mirada destituyente que circula en el contexto de internación geriátrica.

De esta forma, el humor puede funcionar como un puente de comunicación ya que reduce la distancia entre los sujetos y refuerza la construcción de identidades compartidas y lazos fortalecidos. El uso del humor contribuye a pensar de forma positiva sobre sí mismo y aumenta la autoestima, puesto que es una protección del yo frente a los eventos y situaciones disruptivos de la experiencia, así lo plantea Freud: *“el yo rehúsa dejarse ofender y precipitar al sufrimiento por los influjos de la realidad, se empecina en que no pueden afectarlo los traumas del mundo exterior, más aún: demuestra que sólo le representan motivos de placer”* (Freud, 2013:2998).

El recurso de lo cómico tiene injerencias en la construcción del sujeto de una forma específica, ya que en determinados contextos los sujetos realizan una evaluación sobre sí mismos, su cuerpo, intelecto, emociones y relaciones sociales. En estos casos, la evaluación es realizada a través de frases irónicas y cínicas, chistes y risas que permite romper con la identificación destituyente del yo, para reconvertirla en una experiencia que se ríe de la situación impuesta y a partir de ello, pueden empezar a surgir nuevas identificaciones adquisitivas del yo.

Es destacable el concepto de *resiliencia* (Manciaux, 2003:50) ya que resulta significativo para reflexionar sobre las estrategias que utilizan los adultos mayores para salir de una experiencia negativa, tal concepto permite extraer algo positivo de la situación vivenciada e implica *“recuperarse, ir hacia delante, tras una enfermedad, trauma o estrés (...) vencer las pruebas y las crisis de la vida, es decir, resistirlas primero y superarlas después, para seguir*

viviendo lo mejor posible. Es rescindir un contrato con la adversidad" (Manciaux, 2003:50). A través de aquello que se denomina *subjetificación* (Iacub, 2014:50), el mecanismo a través del cual los sujetos entablan relaciones consigo mismos y con otros sujetos con quienes comparten una vida en común, a partir de prácticas y representaciones que abordan las identificaciones de la vejez en forma diversa, heterogénea y con igual de posibilidad de efectivizarse en la vida de cada adulto mayor.

En *"Risa redentora: la dimensión cómica de la experiencia humana"* (Berger, 1999:11), Peter Berger argumenta que *"la capacidad de percibir algo como gracioso, esto es, lo cómico, tiene la capacidad de conjurar otro mundo, un mundo diferente al de la realidad ordinaria, un mundo que opera con normas distintas"* (Berger, 1999:11), constituyéndose en una percepción distinta en torno a los eventos de la vida cotidiana. De ese modo, el uso del humor, la ironía y el chiste, es decir, el recurso cómico, están instituidos como herramientas que permiten subvertir el discurso dominante a través de la reconstrucción de conceptos e ideas sobre sí mismo. El recurso de lo cómico viene a unir aquello que el sentido común dominante mantiene escondido y segregado.

Desde otra formación intelectual, retomamos a Mijail Bajtin a partir de su estudio sobre las imágenes carnales en la Edad Media, argumenta que *"la risa y la cosmovisión carnalesca, que están en la base de lo grotesco, destruyen la seriedad unilateral y las pretensiones de significación incondicional e intemporal y liberan a la vez la conciencia, el pensamiento y la imaginación humanas, que quedan así disponibles para el desarrollo de nuevas posibilidades"* (Bajtin, 1998:20). El recurso de las ideas cómicas sobre la realidad involucra el uso de una herramienta que expone la realidad en forma de humor y con ello contribuya a modificar prejuicios y conceptos arraigados sobre las formas de ser y actuar. El significado que dicha herramienta tiene en la institución geriátrica es impartir una modificación en torno a la seriedad del contexto de internación y a los atributos imputados a los adultos mayores, provocando una transformación en las identificaciones que hacen los adultos mayores sobre sí mismos, alejándose, por un lado, de la mirada institucional, y por el otro, de la imagen de los otros residentes conceptualizados como viejos. Así vemos que en el contexto institucional, los adultos mayores despliegan habilidades que les permiten alterar la seriedad de su situación, a través del uso del humor y la pérdida de la vergüenza con bromas y chistes orientados a su cuerpo, su estado de ánimo y el contexto en el que viven. Éstas son cosas que, aunque precariamente, pueden conseguirse en el contexto restrictivo en el que los residentes desarrollan su experiencia vital.

El humor como una sátira de la realidad constituye el quiebre con la realidad oficial, orientado hacia las imposiciones actitudinales, identitarias y temporales, para revalorizar la capacidad, aunque sea por ese instante, de subvertir el orden de las cosas, y así poder romper con la identidad adscripta por el discurso social e institucional hacia los adultos mayores.

En este apartado vemos nuevamente la utilización de las imputaciones negativas hacia otros adultos mayores, a través del mecanismo de defensa de proyección, con el cual cada sujeto se protege frente a las destituciones sociales imputadas hacia él como sujeto. A través de la proyección, el individuo expulsa de sí mismo y localiza en el otro sujeto cualidades y sentimientos que no son reconocibles en sí mismo y causan rechazo, de forma que el humor puede constituirse en un mecanismo de integración social, debido a que un grupo de sujetos se acoplan para realzar su autoestima al mismo tiempo que destituyen a otros sujetos en igual situación, así vemos que el humor, al mismo tiempo que une, también separa.

En el acto humorístico tienden a ponerse en polos opuesto lo serio de la realidad que se vivencia con la desdramatización, a través del humor, de esa realidad que aqueja a los sujetos. Es construido como la suspensión de la realidad predominante y como una parcela finita de significado en donde los adultos mayores tienen vía libre para recrear las representaciones sobre sí mismos.

Hemos podido ver el significado que tiene la construcción y continuidad de las relaciones sociales como un factor importante para el mejoramiento de la autoestima. Dicha percepción sobre sí mismo se encuentra en descenso al momento en que el ingreso a la institución es una decisión familiar, la cual los adultos mayores debieron aceptar, expresando que *“no deseaban molestar a sus familiares”* (conversación natural), *“¿qué otra opción me queda?”* (conversación natural). Al momento de estar asentados en la institución, los residentes comienzan a ver la posibilidad de recobrar allí actividades e independencias que habían perdido o empezado a declinar en el ambiente familiar, pese a que la realidad propia de la institución se dedica exclusivamente al cuidado y bienestar físico de los adultos mayores, dejando a un lado la posibilidad de encontrar actividades que serían importantes para recuperar prácticas que fueron perdiendo en su vida social exterior. En ese contexto, cada adulto mayor perfecciona las estrategias para mantenerse alejado de la imagen de un viejo senil sin vida, reafirmandose como adultos mayores que tienen ciertos reductos de libertad.

En particular nos interesa el tipo de relación amorosa ya que la dificultad en su concreción está arraigada en una serie de estereotipos ligados a la vejez conceptualizada como cuerpo enfermo, dicha estigmatización es utilizada por los adultos mayores a través del humor como herramienta de comicidad sobre el cuerpo, con el objetivo de revalorizar ese cuerpo repleto de atributos aparentemente negativos que, a través del chiste, se convierten en atributos positivos y realzadores del yo.

En el libro *“La vejez en el curso de la vida”* (Yuni, 2011), diversos autores reflexionan sobre los procesos de identificación de los sujetos sosteniendo que la construcción subjetiva se encuentra particularmente arraigada en el cuerpo ya que éste se constituye en el espacio donde la identidad se inserta, con una oscilación entre los distintos eventos y situaciones en la vida en los cuales el sujeto fluctuará entre momentos realzadores del yo y otros en los que el yo se encuentra en segundo plano.

Los momentos de crisis surgen por la metamorfosis que el sujeto va sintiendo en el proceso de envejecimiento. Esas situaciones disruptivas, cuestionarán la identidad en diversos aspectos de la vida del sujeto y llevarán a una mayor reflexión sobre la propia vida que se vino llevando a cabo, la manera en que llegaron a su presente y la forma en que se imaginan el futuro teniendo en cuenta lo vivido.

De esta manera, las diferentes transformaciones a lo largo de la biografía individual pueden acarrear dos maneras de afrontar la vejez, por un lado, la construcción de la autoestima favorable y el mecanismo de resiliencia para afrontar los cambios, y por otro, la aceptación de estigmas impuestos y el camino hacia la dependencia funcional. En palabras de Graciela Zarebski: *“el envejecer saludable tendrá que ver con la flexibilidad ante los cambios, lo que permitirá no aferrarse a una personalidad unívoca, aceptar las transformaciones propias y ajenas, construir proyectos y recrearlos, romper con rutinas rígidas, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse”* (Yuni, 2011:54).

En *“Erórica y Vejez. Perspectivas de Occidente”*, Ricardo Iacub (2006) el autor desarrolla la construcción que comenzó a hacerse a partir de los parámetros de la medicina moderna en torno a la valoración del cuerpo, paradigma desde el cual empezó a asociarse envejecimiento con enfermedad, de modo que *“el cuerpo del viejo comenzó a ser caracterizado entonces a partir de su desgaste y su disminución energética, con lo cual se creó una sinonimia cada vez más frecuente entre vejez y enfermedad, y entre vejez e invalidez”* (Iacub, 2014:83).

En este sentido, la concepción de la vida quedó organizada en estadios socialmente contruidos: niñez, adultez, mediana edad y vejez, quedando supeditado al exceso control y reglamentación, con una secuencia normativamente ordenada en un crecimiento vital lineal. A través de la construcción de relaciones amorosas y el uso del humor, los adultos mayores tienen la posibilidad no sólo de escapar a la realidad que los suprime a meros sujetos de cuidado, sino que también contribuye a que ellos mismos puedan romper con las estructuras sociales subjetivamente internalizadas y sean capaces de verse inmersos en diversos lazos sociales que contribuyen al mejoramiento de su autoconcepto, y es en ese sentido, que lo cómico cobra un valor invaluable en relativización de las representaciones sociales asociadas a sus prácticas.

4.3. Tiempo libre y soberanía degustativa

La reflexión en torno a las relaciones sociales y la utilización del recurso humorístico como herramientas primordiales para realzar el autoconcepto que los adultos mayores tienen sobre sí mismos, nos lleva a guiar nuestra mirada hacia otro tipo de prácticas que, teniendo una menor incidencia en la resignificación identitaria, entran en el juego interaccional a partir de los cuales los adultos mayores pueden balancear entre pérdidas y adquisiciones en la amplia gama de sucesos en su vida, y de esta manera reconstituirse como sujetos capaces de dirigir

su propia vida. En este sentido, pudimos encontrar dos tipos de prácticas: actividades recreativas y el recupero del placer-apetito.

En nuestro trabajo de campo pudimos registrar un recupero de la decisión sobre las prácticas a llevar a cabo en el tiempo libre, pudiendo faltar a la rutina institucional a través de la ausencia de actividades recreativas que ofrece la institución o en la transformación del modo de participación oficial en dichas actividades. Tal participación oficial consiste en asistir a la actividad recreativa presentándose como el tipo de persona que espera la actividad para realizar las actividades estipuladas.

Los modos de participación que observamos y registramos en conversaciones naturales, entrevistas y asistencia a diversas actividades fueron las siguientes:

a. posición negativa a la realización de actividad, es manifestando la necesidad de no atarse por lo menos a la rutina recreativa debido a que ya debían asistir a otro tipo de actividades obligatorias y deciden quedarse en su habitación.

b. manifiestan la realización de actividades solitarias (lecturas, paseos por la institución, dibujos y pinturas).

c. actividades recreativas creadas en grupo: juegos de cartas, juegos de mesa propios (alegan que los juegos de la institución están incompletos), rezar el rosario, caminatas y conversaciones en el anexo compartiendo el mate.

d. actividades ordinarias: taller de memoria y pintura, bingo, gimnasia, misa del domingo. Estas actividades en su mayoría son valoradas por los adultos mayores, debido a que permiten tener contacto con otros residentes de la institución que no circulan generalmente por su zona. Asimismo, la misa del domingo es más concurrida que la misa del martes ya que es abierta a los vecinos del barrio que quieran participar, en ese sentido muchos adultos mayores han destacado la participación de los vecinos, quienes se hacen buenos conocidos y les hacen mandados o los visitan.

e. actividades extraordinarias: kermese en colegios, día del abuelo, payamédicos, misa del domingo. Estas actividades son utilizadas para otro fin que aquel expresado por la organización de dicha actividad: socialización con sujetos externos a la vida institucional.

Aunque pudimos registrar algunas actividades realizadas en grupo, en general, las prácticas son individuales debido a la diversas dificultades físicas propias o de otros residentes con quienes potencialmente se podría realizar la actividad, y también teniendo en cuenta los conceptos discapacitantes provenientes del discurso social e institucional que cada adulto mayor incorporó, en particular, la idea más arraigada constituye la falta de futuro y proyección por una vida vivida al borde de la inexistencia y la posibilidad latente de morir.

La forma de esquivar el tiempo estancado y quieto de la institución es posible cuando los adultos mayores acuden al uso propio y grupal de actividades recreativas, al mismo tiempo que inventan nuevas actividades que permiten omitir su situación actual, aunque sea por el momento que dure la actividad, o hasta que llegue la hora de almorzar y cenar, esas advertencias que les recuerdan el contexto de internación en el que viven. Así es expresado por Goffman, *“el alto valor concedido a las llamadas actividades de distracción, deliberadamente desprovistas de carácter serio, pero capaces de inspirar un interés y un entusiasmo que sacan al paciente de su ensimismamiento y le hacen olvidar momentáneamente la realidad de sus situación”* (Goffman, 2009:79).

En consonancia con el autor y basándonos en nuestro trabajo de campo, podemos decir que la institución tiene entre sus objetivos suministrar a los residentes de actividades recreativas, espacios y tiempo libre que, generalmente, no son utilizados por los sujetos para aprender, pintar o ganar un regalo del bingo, sino que más bien el uso primordial de estas actividades implica una utilización libre por parte de los adultos mayores que contribuye a la socialización entre residentes, compartiendo conversaciones cotidianas, y generando diversos lazos de solidaridad, pudiendo de esta manera sustraerse de su sí mismo actual, el cual es autopercebido como viejo, decrepito y dependiente.

Pareciera que en este desinterés por parte de los internados existe una protesta contra la administración institucional de su tiempo. En consecuencia, la protesta reclama soberanía en torno a qué hacer o dejar de hacer. De este modo, los reclamos en torno al hacer se agotan prácticamente en términos de sociabilidad entre pares. En ese momento, el adulto mayor obtiene la posibilidad de sentirse un ser con habilidades, demostradas a los otros participantes de la actividad, de dibujo, pintura, resolución de actividades matemáticas o gramaticales, mezclando conversaciones sobre sus historias de vida y la cotidiana vida que comparten, contribuyendo a olvidar el contexto en el que viven y alejándose de los nombrados *“viejos perdidos”*.

El recupero del placer-apetito y degustación, es una reconquista sobre los gustos e implica una nueva relación soberana sobre esa práctica.

“Cuando en la pieza de Rita se ve un trapo que cierra la puerta quiere decir que está fumando...es difícil que acá la descubran porque arriba no vienen muchas empleadas, pero cuando vienen y nosotras estamos dando vueltas las entretenemos para que Rita pueda fumar tranquila” (Conversación natural – 16/05/2016)

“Una señora es hipertensa y se lleva un frasquito de sal aunque está prohibido, y cuando la hija se enteró se armó lío acá...y la señora estaba enojada “no me dejan vivir mis últimos años tranquila...yo sólo quiero disfrutar la comida”.

Luego de un tiempo volvió a tener el salero en su pieza.” (Conversación natural – 08/07/2016)

“Yo fumo acá afuera a la siesta, y salgo con el perfume también, porque mirá si justo a mi hijo se le ocurre venir, me mata si me siente olor” (Residente, 64: B: 4 años)

En los registros de conversaciones naturales durante las observaciones del trabajo de campo, podemos ver la manera en que las solidaridades que ya hemos estado desarrollando se extienden hacia el ámbito que podríamos llamar de la soberanía degustativa, para hacer referencia a la libertad de elección al momento de disfrutar la comida o al fumar un cigarrillo. Podemos ver que en este aspecto tiene mucha importancia la disconformidad de la mujer que no le dejaban usar sal, o el escondite para fumar, en torno a la construcción social que hace un vínculo directo entre vejez, dependencia y enfermedad, precisando que es un momento de la vida donde los sujetos deben ocuparse exclusivamente de cuidar su salud, dejando por fuera placeres, gustos e intereses que supongan un riesgo para su bienestar físico.

De esta forma, el cuerpo del adulto mayor está subsumido a la conservación, evitando el goce y el disfrute para continuar con la vida. El problema de la construcción social tendiente al cuidado constante del adulto mayor radica en reflexionar si, realmente, es valuable una vida que perdura con las prohibiciones que hacen que la vida de un sujeto tenga experiencias deseables para ser recordadas por sí mismo.

4.4. Nuevos horizontes deseables

En nuestro trabajo hemos abordado la construcción de prácticas y representaciones que realizan los adultos mayores en pos de mejorar la percepción que tienen sobre el trayecto de sus vidas. En ese sentido, pudimos registrar cuatro grandes grupos de prácticas: las interacciones sociales, la cotidiana sátira real, tiempo libre y soberanía degustativa.

Los residentes plantean éstas prácticas para hacer frente a estereotipos en torno a ellos mismos provenientes de la construcción cultural y social que los tiene como destinatarios de un discurso que esgrime una conceptualización del adulto mayor como sujeto abocado al cuidado de su salud, sin intereses sexuales o motivaciones recreativas y cognitivas, encontrándose en un proceso acelerado de pérdida de relaciones sociales. Dicho estereotipo funciona como una norma regulatoria que establece las maneras legítimas de ser y estar en el mundo social, poniéndoles barreras al universo amplio de deseo.

En torno al modelo normativo de ser adulto mayor, los residentes tienden a constituirse de forma singular y subjetiva a través del acto de subjetivación, por medio del cual toman de los modelos normativos las formas de construirse como tales. El sujeto se construye en tal como un contenedor intertextual de los tiempos y roles sociales, las formas actitudinales

legitimadas y las formas específicamente establecidas de convertirse en un sujeto de una forma singular en cierto contexto.

En las prácticas que hemos registrado y utilizado para explicar la reconfiguración identitaria de los adultos mayores, se ve una contraposición con el otro adulto mayor que es caracterizado como viejo desganado, tal como pudimos explicarlo en el capítulo tres, constituyéndose en el espejo de la imposibilidad de la eternidad, de la ilusión permanente por mantenerse joven y vital.

Es preciso comprender que resulta necesario superar la barrera impuesta por los prejuicios, los conceptos del sentido común y las prenociones que conceptualizan a la vejez como un momento de deterioro, pérdidas, disminuciones, dependencias múltiples, y de esta manera, revalorizar los cambios ocurridos en el envejecimiento, sabiendo que tanto como existen cambios funcionales, de roles e interacciones, estos no necesariamente deben ser tomados de formas negativa, sino que el sujeto puede resignificarlos de forma que le permite – claro que relativamente- valorar su presente con la revalorización del autoconcepto de sí mismo en relación a las actividades que es capaz de realizar, las nuevas interacciones que puede entablar y los nuevos roles sociales, renovando las expectativas puestas en sí mismo frente a las posibilidades que se le presentan.

En este sentido, podemos afirmar que los ajustes secundarios revisten de mucha importancia para la estructura del yo, debido a que funcionan como la herramienta predilecta para cuidar, en los espacios habitados, ciertos reductos de autonomía, manteniéndolos reguardados de la mirada del personal y del posible contagio con aquellos residentes perdidos y seniles, evitando toda actitud institucional de querer amalgamar y juntar a sujetos que no sólo no se identifican con *“los viejos perdidos”*, sino que despliegan constantemente estrategias para evitar ser referenciados como ese tipo de sujeto. Es un tipo de adaptación encubierta que contribuye a la reidentificación del sujeto con un autoestima elevado y positivo, dado por las prácticas alternativas de forma individual y en pequeños grupos que aprovechan actividades, visitas, espacios donde la mirada institucional encuentra sus fisuras y allí es donde los residentes pueden desplegar la más amplia gama de estrategias libertadoras.

La forma de llevar a cabo los ajustes secundarios se da por medio de las fuentes y sustituciones, constituidos por los lugares íntimos, compartidos y públicos, sean en habitaciones privadas o compartidas. Para quienes están en habitaciones compartidas y en relaciones de co-residentes, compañeros y amistad, la habitación está constituida como lugar de mayor intimidad, también el pasillo o el espacio común destinado a ese sector de habitaciones. Otros espacios de sociabilidad donde puede construirse a la relación entre adultos mayores y familiares de otros adultos mayores, está constituido por los espacios públicos, el sector del patio y el sector exterior, el cual es el más valorado por los residentes que no reciben visitas de familiares. Para el caso de las relaciones de pareja, el acompañamiento puede darse inmediatamente luego de la participación en actividades

obligatorias de rutina, accediendo a pasillos donde se encuentran pocas personas, aquellos espacios más alejados del centro del edificio y los alrededores de la institución en el patio. En torno a la intimidad, pudimos ver que su consumación es difícil ya que en la zona de la planta baja (donde vive la mayor cantidad de personas) la relación entre parejas heterosexuales y la posibilidad del desarrollo de la intimidad erótica y/o sexual se encuentra controlada por los nocheros.

La utilización de diversas actividades, herramientas discursivas, elecciones placenteras y espacios para realizar las prácticas posicionadas como alternativas al discurso institucional, nos llevan a retomar el concepto acuñado por Leopoldo Salvarezza de *satisfacción vital* (Salvarezza, 2013), debido a que permite abordar la importancia de los ajustes secundarios en la institución geriátrica, y la forma en que ese concepto se reconfigura en el nuevo contexto a través de novedosas estrategias para lograr una cotidianeidad con reductos de bienestar vivenciado por los adultos mayores. La satisfacción vital estará signada por *“las gratificaciones que los individuos reciben de su entorno físico y social, las defensas contra las presiones del medio externo, la forma en que se enfrentan las preocupaciones cotidianas, las ansiedades, el mayor o menor optimismo, y sobre todo, la medida en que una persona ha alcanzado los objetivos de su vida”* (Salvarezza, 2013:126).

El parámetro más relevante que tienen los adultos mayores para evaluar el autoconcepto positivo sobre sí mismos es el nivel de salud en relación con el desempeño propio a nivel cognitivo, social e interaccional, es decir, según el nivel de independencia o de actividad para afrontar las adversidades. En este sentido se reconfigura el concepto de qué significa ser un adulto mayor, teniendo presente los atributos mencionados por parte de la sociedad, del personal y por ellos mismo sobre su vida, puesto que las representaciones sociales en torno al envejecimiento, la creciente dependencia y la disminución de autonomía actúan en conjunto para disminuir el autoconcepto.

El proceso de adaptación de los adultos mayores en el nuevo contexto de internación geriátrica estará constituido por la posibilidad que se le presente al sujeto de reinventar su posición en el mundo social mediante una re-conceptualización de las representaciones sobre sí mismo y sobre la vejez en general, y le permitan dar nuevos significados a su vida presente.

Figura 2: Estrategias de resignificación identitaria

Estrategias de resignificación identitaria	
	co-residente
	compañerismo fraterno
> relaciones sociales	amistad
	pareja
	integración familiar
> uso del humor	

> soberanía degustativa
HERRAMIENTAS DE CONTROL DE SÍ MISMOS
AUTOCONCEPTO POSITIVO

Fuente: Elaboración propia

4.5. Conclusiones

Desde la perspectiva del life span (Yuni, 2011:14) en conjunto con el paradigma del curso de vida, se argumenta que la vida debe considerarse como una totalidad, en donde *“el desarrollo individual se constituye de ganancias y de pérdidas y una adaptación exitosa del individuo implica la maximización de las ganancias y una minimización de las pérdidas a través de diferentes estrategias”* (Yuni, 2011:14). Dicha manera de entender las transformaciones en la vida de los sujetos implica alejarse de la concepción de que existe una sola forma ser sujeto social que es fija, estable y universal, sino que más bien existen múltiples y diferenciadas maneras de construirse como sujetos sociales, con variabilidades en el impacto que las transformaciones sociales puedan tener sobre las biografías individuales, y en ese sentido, tener siempre presente que la vida es un constante balanceo entre pérdidas y adquisiciones en base a las expectativas y posibilidades que se establezcan sobre los proyectos esperados como factibles de realizarse.

Para llevar a cabo el objetivo que nos planteamos fue importante orientar nuestra mirada hacia las prácticas alternativas al discurso institucional que, por parte de los adultos mayores, dan cuenta de un despliegue de estrategias, relaciones y prácticas que abonan al realzamiento identitario de los residentes.

Los adultos mayores están posicionados frente a un estereotipo compasivo que les imputa atributos débiles, negativos y destituyente de su autoconcepto. Viven en una situación donde el ritmo en que desean realizar sus actividades está desincronizado con las representaciones sociales sobre una vejez dependiente. A través de las prácticas alternativas al discurso institucional, los residentes pueden modificar la noción de sucesos lineales que llevan a un solo destino, y dan la posibilidad de que los sucesos sean pensados a través del entrelazamiento de nudos y como instancias de un devenir posible de ser proyectado.

La reconfiguración identitaria es un proceso intersubjetivo que vivencian los sujetos a través del cual construyen su relación con los ámbitos cultural, político, social e ideológico marcado por una temporalidad que mantiene a la vida de cada sujeto en constante transformación, teniendo que reconstruir los conceptos de sí mismos en cada evento que constituya una crisis identitaria en diversos niveles (sexual, interaccional, corporal, actitudinal y

funcional), llevando a una reconstrucción de las representaciones y los discursos que construyen sobre sí mismos, mostrándose como sujetos que están siendo de forma constante.

Asimismo, dicho proceso le da el lugar primordial al sujeto para reconstruir los conceptos de sí mismo frente a los cambios sociales que impactan en la vida personal y en las formas de ser y actuar que venía desarrollando, permitiéndole ser participe activo en la elaboración de nuevas prácticas identificadoras que modifiquen las posibles representaciones destituyentes que tenía sobre sí mismo debido a la introyección de construcciones sociales estigmatizantes, invisibilizadoras y homogeneizantes. De este modo, en el proceso de ir siendo otro sí mismo, puede mostrar la transformación hacia un sujeto que revaloriza sus posibilidades para poder adecuar las expectativas sobre su vida, y poder llevarlas a cabo, sintiéndose activo en la realización de actividades y roles sociales que se le venían negando, desposeyendo o ignorando por el hecho de ser “viejo”.

El autoconcepto de los adultos mayores está transformado por los cambios constantes durante el proceso de reconfiguración identitaria, a partir de los cuales los sujetos se representan en relación a sus expectativas, en interrelación con otros y con el contexto social. Ello permite que los sujetos sean proclives a transformarse junto a los cambios contextuales, de roles, interacciones, económicos, y funcionales, otorgándoles un transcurso flexible y tendiente a la adaptación en momentos de crisis, es decir, aquellos momentos donde el curso cotidiano de la vida del sujeto que lleva mediante determinados modelos normativos se ve en ruptura, cambiando su rumbo, pese a una separación, fallecimiento del cónyuge, jubilación, etc.

Desde la perspectiva del curso de la vida, se ha argumentado que el desarrollo de la vida lejos de constituir un proceso unidimensional de pérdidas (Yuni, 2011:82), está plasmado por situaciones de cambio donde el sujeto despliega su capacidad de adaptación, sean tales cambios positivos o negativos. De esta manera, los adultos mayores bajo estudio han desplegado un conjunto de estrategias a partir de las cuales realizaron una maximización de ganancias y minimización de pérdidas, conllevando a demostración de habilidades relacionales, humorísticas y recreativas.

El proceso re-identificador tendiente a la adquisición de aptitudes, relaciones y roles se posiciona *“frente a la configuración de significaciones imaginarias del edaísmo que nos quiere presentar una visión de vejeces condenadas al olvido social, desmentidas como condición vital, y fragmentadas en temporalidades lineales y aceleradas”* (Yuni, 2011:127).

Ahora bien, las prácticas alternativas que hemos observado en nuestro caso de estudio también forman parte del núcleo del proceso de reconfiguración identitaria, lo cual es posible debido a la implementación de dichas prácticas signadas por un relativo empoderamiento de los sujetos, es decir, aquella habilidad para ser un actor partícipe de su propia vida con libertad de elecciones y capacidades. El empoderamiento es logrado a través de la forma en que el adulto mayor se adapta a las condiciones actuales en las que vive, adecuando la relación entre

las expectativas que tiene sobre su vida, las posibilidades y habilidades que cada sujeto tiene para llevarlas a cabo. Al respecto, Ricardo Iacub (2014) sostiene que el concepto de *acomodación flexible* (2014:120) caracteriza las estrategias llevadas a cabo por los adultos mayores para mantener un sentido positivo de sí mismo.

Las estrategias desplegadas y herramientas utilizadas por los residentes para el mejoramiento y reforzamiento del autoconcepto de sí mismo, permiten que el sujeto se posicione firmemente frente al ideal de adulto mayor construido socialmente y le presente una serie de formas moldeadas en las que se fue transformando en el sujeto que es en el presente de modo que pueda pensarse en un futuro donde tenga protagonismo en las prácticas y representaciones sobre sí mismo. *“El autoconcepto es un intérprete activo, que enmarca e integra las experiencias individuales a lo largo del tiempo, les provee un sentido de continuidad y significado, de modo que se encuentra determinado por el modo en que los individuos negocian las experiencias y los eventos de su vida”* (Iacub, 2014:138).

CAPITULO V

¿Cómo “son” los adultos mayores institucionalizados?

Las representaciones del personal

En este capítulo desarrollamos el objetivo específico 3, consiste en identificar representaciones y prácticas adscriptas por miembros de los distintos estamentos de la institución geriátrica hacia los internados. La hipótesis conductora sostiene que el personal de la institución geriátrica comparte un conjunto de nociones, conceptos y representaciones sobre los adultos mayores que refieren principalmente a la pérdida de capacidades para desarrollarse en su vida normal. El objetivo es identificar representaciones adscriptas por la institución geriátrica hacia los internados, especialmente por los cuidadores, enfermera, médica y personal administrativo.

Las diversas transformaciones que se han producido en la familia tradicional, hacia un modelo más heterogéneo, con diversificación de vínculos y la formación de familias multigeneracionales con la particularidades de sucesores que alargan su vida prematrimonial o no la desarrollan, sumado a sucesos críticos en la vida de una persona como la jubilación, el síndrome del nido vacío o la pérdida de lazos sociales con el pasar de los años, dejan el lugar vacío para los adultos mayores que van quedando en la familia, desprovistos de un rol social determinado.

Asimismo, *“a medida que la familia “artesanal” se transforma en una familia postindustrial, las tareas que antes se llevaban a cabo en el interior del núcleo familiar se confían cada vez más a especialistas externos: cuidadores de niños y personas mayores, enfermeros, profesores de colonias de vacaciones, psicólogos y, entre los más ricos, choferes, ensambladores de álbumes familiares y animadores de fiestas de cumpleaños”* (Hochschild, 2008:13). Algunos de los factores que suscitan la proliferación de instituciones geriátricas para el cuidado de adultos mayores están relacionados con las transformaciones en la composición del núcleo familiar, cada vez mayor ingreso de la mujer al ámbito laboral y su multiplicación de roles ampliando el campo de prácticas femeninas fuera del ámbito doméstico; asimismo cobran importancia las problemáticas asociadas a la vivienda y la falta de alternativas para esta situación.

Para llevar a cabo este objetivo, realizamos un trabajo de campo que consistió en entrevistas a distintos miembros del personal de la institución, así como observaciones de las rutinas diarias específicas, y la observación la vivencia de situaciones complejas en el manejo

de conflictos. En el momento de realizar entrevistas se presentó la dificultad de que los sujetos entrevistados por el hecho de realizar sus trabajos en la institución, serían “oficialistas” en sus discursos y relatos debido a constreñimientos situacionales, es decir, que sus relatos estarían influenciados por la posición que ocupan en la escala jerárquica laboral, por la condición de empleados y representantes de la institución en la cual realizamos nuestro trabajo de campo. Por lo que nuestra tarea fue rastrear en sus narrativas y las observaciones de situaciones cotidianas todo aquello que el personal no hizo explícito en la entrevista.

Las representaciones sociales en clave de pérdidas que el personal de la institución tiene sobre los adultos mayores se encuentran influenciadas por la concepción social general de la vejez, denominado “*viejismo*” o “*edaísmo*”. Por ello, en aras de abordar nuestro capítulo será importante contextualizar el entorno social estereotipado y viejista en el que desarrollan las labores el personal de la institución.

Nos posicionamos desde la perspectiva de comprender las representaciones sociales como un proceso a partir del cual los sujetos producen sentidos y significaciones sobre el mundo social circundante, por lo que nuestra atención estará orientada a conocer la producción de representaciones sociales -de sentido común-, en su diversidad y heterogeneidad.

Tal como ya hemos desarrollado en los capítulos anteriores, el concepto *viejismo* (en inglés: *ageism*) refiere al conjunto de representaciones sociales que asocian la vejez con imágenes negativas de invalidez, dependencia, decrepitud e inutilidad; orientadas a los adultos mayores como receptores de dichas representaciones, suponiendo que en ese momento de la vida de cada sujeto automáticamente comienzan a perderse habilidades físicas, mentales, interaccionales y cognitivas que afectan al desarrollo de un sujeto autónomo. *“Las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad conductas que confirman los prejuicios vigentes y que disminuyen tanto la autoestima como la posible sensación de control que pudiera tener el anciano”* (Salvarezza, 2013:105). Dichos estereotipos forman parte de todo aquello que genera rechazo en un adulto mayor, podremos decir que por la negativa se conceptualiza qué es lo que no se espera que sea un adulto mayor. Las conceptualizaciones del deber ser encontradas en las representaciones sociales serán reproducidas y adoptadas tanto por la sociedad en general como por los propios residentes que no están exentos a las mismas y atraviesan su vivencia en el mundo social, teniendo en cuenta que tales estereotipos son estigmatizantes; lo más seguro y probable es que al asumir como propios dichos prejuicios se tienda a disminuir el autoconcepto positivo sobre sí mismo.

Las representaciones sociales son las ideas que los sujetos tienen sobre una actividad, un rol social o un grupo de personas que realizan prácticas específicas. En este sentido, nuestro objetivo indagará en la representación social de la vejez, en el trabajo con adultos mayores, en la imagen ideal sobre su trabajo (¿cómo debería ser?), en el tratamiento ideal sobre la vejez y en la representación social sobre los adultos mayores institucionalizados que

tiene el personal. De esta manera, nuestra indagación consiste en preguntarse si la representación social de la vejez en clave de viejismo le otorga una guía de acción al personal en su trabajo diario; dicho término (en inglés *ageism*) ha sido acuñado por Robert Butler para referirse “a la discriminación que se hace sobre ciertas personas meramente por el hecho de acumular años, y que se basa en la utilización de prejuicios” (Salvarezza, 2013:47).

En el transcurso de la investigación además de observar lo planteado para este capítulo, decidimos preguntarle al personal sobre la institución, los adultos mayores y sus prácticas, en el sentido de que deben cumplir con rutinas institucionales y enfrentarse a situaciones particulares. El contexto institucional dentro del cual se despliegan los prejuicios asociados a la vejez está constituido por el imperativo de cumplir rutinas institucionales y enfrentarse día a día con situaciones particulares que pueden revestir de un carácter conflictivo. El tipo de vínculo que establecen personal y residentes es una *relación de servicio* (Goffman, 2009:321), ello es “*el caso en que el servidor tiene que reparar, construir o manipular un complicado sistema físico, que es objeto de la persona misma del cliente, o propiedad suya*” (Goffman, 2009:323).

Teniendo en cuenta los estereotipos negativos asociados a la vejez, en la relación de servicio de cuidado no será el adulto mayor quien decida sobre su cuerpo sino que habrá otro actor responsable: la familia, “*posiblemente necesitarán que otra persona los ponga, “por su propio bien”, bajo atención médica, con lo que se altera radicalmente la relación habitual entre el cliente, la posesión y el servidor*” (Goffman, 2009:340)

Los estereotipos negativos asociados a la relación de servicio se efectúan cuando se tiene el preconceito de que los adultos mayores son sujetos frágiles y dependientes que precisan de atención constante. El cúmulo de prejuicios y estereotipos viejistas que asocian a los adultos mayores con pérdidas, despojos y dependencia, serán constituidos a través de las representaciones sociales. Éstas se constituyen como “*modelos imaginarios de evaluación, clasificación y explicación de las realidades sociales, que conducen hacia normas individuales y colectivas para la acción*” (Gastrón, 2013:25) en consonancia con Jodelet (1986), otros autores establecen que son *construcciones estructuras y adquiridas* (Gastrón, 2013:25) ya que no es una simple reproducción de formas de ver el mundo social sino que se constituye en una constante construcción de imágenes a través de la experiencia que adquiere el sujeto en un mundo cultural y social específico.

Desde la perspectiva de Moscovici (1976), nos explica Liliana Gastrón, las representaciones sociales son estudiadas por medio de tres dimensiones: información, actitud y campo de representación o imagen: “*la información es la suma de conocimientos que un grupo posee sobre un grupo social*” (2013:27), es decir, en nuestro caso la información estaría dada por el conjunto de conocimientos que el personal asocia al envejecimiento y a los adultos mayores a partir de una construcción del sentido común. “*El campo de representación es el conjunto estructurado de la representación*” (Gastrón, 2013:27), ello significa un grupo de

imágenes asociadas a un determinado estereotipo de adulto mayor que tiene el personal de la institución. *“La actitud expresa la orientación, positiva o negativa, de un grupo hacia el objeto de representación”* (Gastrón, 2013:27) lo cual remite a las emociones y sentimientos que provoca el adulto mayor institucionalizado desde la visión del personal. A partir de estas dimensiones, podemos ver que el adulto mayor es construido por el personal bajo la imagen de viejo e infantil, lo cual es parte del viejismo que se ve en el personal a partir de las etiquetas específicas en el apartado “La imagen del adulto mayor”.

Es interesante el planteo hecho por Abric (1994 en Gastrón 2013) en torno al carácter doble de la representación social. Por un lado, el sistema central está determinado de forma social y colectiva, está *“asociado a los valores y normas, define los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones (...) su origen está en otra parte: en el contexto global –histórico, social, ideológico- que define las normas y los valores de los individuos y de los grupos en un sistema social dado.”* (Abric, 2001:26). Por otro, el sistema periférico se presenta como *“mucho más dependiente de las características individuales y del contexto inmediato”* (Gastrón, 2013:39), es decir aquella realidad cotidiana donde se encuentran los sujetos, dicho sistema permite *“una diferenciación en función de lo vivido, una integración de las experiencias cotidianas.”* (Abric, 2001:26)

Desde allí deviene *“una tensión entre el bagaje compartido a través de una historia común en el seno de una cultura, y lo que los individuos construyen a lo largo de cada nuevo día”* (Gastrón, 2013:39). Así vemos que la representación es un producto y un proceso a partir del cual cada sujeto toma de la realidad social hacia su consciencia y realiza una elaboración subjetiva y social de tal representación, mediada con su historia personal. *“Es la existencia de ese doble sistema lo que permite entender una de las características esenciales de la representación social que podría aparecer como contradictoria: son a la vez estables y móviles, rígidas y flexibles. Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado en el sistema de valores compartido por los miembros del grupo; móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos o los grupos están inscritos.”* (Abric, 2001:27)

A continuación realizaremos un recorrido en torno a los objetivos de la institución, la selección del personal, el ingreso y adaptación de los adultos mayores a la institución, la distribución en los espacios privados y compartidos de los residentes, los lazos sociales y el trabajo con personas. Para ello nos valdremos de la perspectiva y vivencia del personal que trabaja con los adultos mayores institucionalizados, con el objetivo de obtener las imágenes construidas por el personal sobre los residentes en tanto adultos mayores institucionalizados.

5.1. La cotidiana rutina de los adultos mayores

En el presente apartado nos proponemos realizar una presentación de la explicación de los miembros del personal sobre las razones por las cuales los adultos mayores van a vivir a la institución geriátrica. Asimismo presentaremos un relato de los trabajadores sobre cómo ven el ingreso al contexto institucional y la descripción de algunos aspectos de la rutina diaria de los residentes que nos darán indicios sobre la imagen de los adultos mayores y la vejez que construyen los miembros del personal.

5.1.1. Institución geriátrica: el nuevo hogar

La idea de preguntar al personal por qué piensan que los adultos mayores van a vivir a un geriátrico nos pueden dar indicadores de cómo se va formando y construyendo una representación social de la vejez en la institución.

En la entrevista con el encargado de la institución, nos plantea:

*“Y en la decisión hay miles de historias. **No es que todos los abuelos deciden venir, hay que empujarlos.** Y en eso que es lo que evalúan? Hoy la seguridad, abuelos que están viviendo solos. La seguridad. Después la medicación. La comida. Ya empiezan a dejar cosas prendidas o se acuestan a dormir y se olvidan de cerrar la puerta. Entonces ya **hay situaciones que los hijos les advierten que ya no pueden estar solos.** Y después está el otro que quiere compartir porque está solos hace muchos años y **no quiere estar ni con los hijos porque siente que es un cargo**, no aguanta a los nietos, y toda una serie de cuestiones, entonces prefiere estar acá con gente igual, al ver que no hay grandes ruidos y hay atención buena.” (Entrevista Encargado – 10/03/2016)*

En el extracto puede verse una imagen de adulto mayor como un sujeto que no tiene autonomía para decidir su internación, por eso debe ser “**empujado**”. Los encargados de hacer el empuje son los miembros de la familia que le indican que ya no tienen capacidades para vivir solos por diversas situaciones que hacen que el anciano pierda capacidad de decisión. Así mismo existe la idea de que el adulto mayor resulta una carga para la familia, y la institución sería una posibilidad para que el adulto mayor viva en un lugar considerado seguro y la familia pueda continuar con su vida. En este extracto, entonces, podemos ver la imagen del adulto mayor como una carga familiar y un sujeto que pierde la habilidad de decidir sobre su destino y se convierte en un sujeto dependiente.

Por otro lado, el portero sostiene:

*“Hay más gente que la trae **la familia**...digamos llamémosle entre comillas que **se quieren desprender.** Y también **hay gente que** viene y bueno los traen porque **no los pueden cuidar** porque les sale más caro contratar a alguien que*

estén con los abuelos, porque vivían solo y se han caído y se quedaron hs tirados, y acá es más barato.” (Entrevista Portero – 08/08/2016)

En la misma sintonía que el extracto anterior, el portero da cuenta de una transformación de la familia tradicional nuclear hacia una familia contemporánea multigeneracional, donde no hay miembros disponibles de tiempo para cuidar a los adultos mayores y el geriátrico constituye la solución a dicha situación que genera conflictos familiares por la presencia de adultos mayores dependientes.

Desde otra perspectiva, el personal médico de la institución hace alusión a algunas de las variables que influyen en la internación del adulto mayor por parte de la familia:

*“Cuando ya empezas a depender de otras personas dejas de hacer actividades porque **para todos es una carga**, porque los hijos ya tienen sus obligaciones por más buenos que sean, por ahí no se pueden encargar al 100%, o lo llevan a lo obligatorio, a parte ellos te manifiestan la carga. “hágame la derivación porque otra vez lo tengo que llevar”...con esa voz de cansado, de hartazgo, de tener que acarrear con su adulto mayor.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)*

Allí puede verse la tendencia a que la decisión de internación es tomada por un miembro del núcleo filial por diversas razones que atañen a la realidad familiar particular, a la condición de salud del anciano, a problemáticas habitacionales o diversas situaciones. Ello es valorado por el personal con una mirada que asocia a la familia con el abandono del adulto mayor, y “lo deja” en la institución. Dichas concepciones tendrán sus correlatos importantes en la relación que pueda establecerse desde la institución entre el residente y su familia, causando generalmente alejamientos que repercutan en sentimientos de abandono y falta de cariño en los residentes.

5.1.2. La adaptación institucional del adulto mayor

Ante la pregunta sobre el ingreso a la institución, el encargado relata lo siguiente:

“Tienen un período de prueba, que son 30 días, si en ese período no se sienten cómodos o algo no les ha gustado o la situación no es agradable para ellos, se pueden retirar. Bah...en realidad se pueden retirar cuando ellos quieran, acá no hay ningún contrato o nada por el estilo. El tiempo que estén viviendo acá está sujeto a que ellos se quieran quedar y a que ellos se sientan bien. En el momento que ellos decidan se pueden retirar.” (Entrevista Encargado – 10/03/2016)

Podemos ver un planteo de que el adulto mayor debe ser autónomo en su decisión de quedarse a vivir en la institución, sin embargo en conversaciones naturales con los residentes hemos podido conocer la situación que ellos plantean como su último hogar, es decir, el

ingreso a la institución va a ser, en la mayoría de los casos, definitivo. Allí pasarán el resto de los años de vida que les queden, la idea de irse de la institución no aparece en el universo de opciones o sólo como imaginación ya que sostienen que no desean molestar a sus familiares, que no pueden vivir solos por inseguridad o porque precisan de un acompañamiento para realizar algunas tareas. Asimismo, en las investigaciones que hemos indagado para llevar a cabo nuestra investigación, se da cuenta de la supuesta internación voluntaria que esconde una aceptación de la situación y un “consejo” por parte de la familia que propone al adulto mayor vivir en una institución geriátrica, con las mejoras en su vida que acarrearía dicho cambio de vivienda. De este modo, la aceptación de irse a vivir a un hogar y la posterior adaptación teñida de resignación está impregnada por los estereotipos asociados a la vejez con orientación hacia un sujeto decrepito, inútil y dependiente.

5.1.3. Adultos mayores y actividades recreativas

La perspectiva del personal sobre la participación de actividades podrá darnos una pauta de lo que significa actuar como adulto mayor en la realización de diversas actividades, dando lugar a una conceptualización sobre la vejez que construyen los diversos miembros el personal.

La institución ofrece a los residentes actividades recreativas, cognitivas y físicas: taller de memoria, bingo, taller de lectura, gimnasia y celebración de misa. Ante la pregunta por la participación en las actividades, se esgrime lo siguiente:

*“Las abuelas que están bien de salud parece que se sienten bien acá. Pero yo los veo por ahí que **se tiran, se encierran, acá hay para jugar juegos y cartas pero no participan.** Algunas participan en el taller de memoria. A la clase de educación física y al bingo. Van muchas abuelas. Pero en muchos momentos están en su momento, sobre todo los domingos que no viene nadie.”*
(Entrevista Portero – 08/08/2016)

En el relato del portero puede observarse la representación social del adulto mayor como un sujeto que no participa de actividades, que se encuentra solo y aislado, con un desánimo general y con tristeza extendida. La imagen del residente como un sujeto desanimado y desinteresado por las actividades de la institución y el desarrollo de una actitud tendiente a la soledad y la inactividad, corresponde a una construcción de una idea de vejez asociada con atributos que adscriben una característica generalizada de inacción, apatía y falta de interés que, aparentemente según el discurso social, tienen las personas que llegan a la etapa de la vejez, idea compartida por miembros del personal de la institución.

“Hay talleres de memoria y pintura pero no participan muchos. Tienen que estar muy bien o tener ganas, y acá no hay muchas ganas de vivir. También está el bingo viernes o sábados. Ellos sólo suben si le dan

caramelos o masitas. Ahí tenes ese secretito...ellos suben para comer, o preguntan si hay premios sino no te suben. Participa mucha gente con esa condición del regalito o la comida. Les gusta que vayan a cantar o bailar. Pero lamentablemente por el tiempo de las chicas que trabajamos, que no somos muchas, no hacemos tiempo de llevar a todas las que están en sillas de ruedas, que cada vez son más. Y sino están los que se quedan sentados esperando la merienda y la cena. Y así pasan los días.” (Entrevista Empleada Doméstica – 01/12/2016)

En el extracto anterior puede observarse una valoración de la razón por la cual los adultos mayores participan de algunas actividades: de rédito personal, para ganar algo o comer, suponiendo que eso sería algo negativo, comparando con el caso de actividades en las cuales no se obtiene nada. La perspectiva presentada por la empleada doméstica enfatiza en que los adultos mayores no participan en las actividades de la institución exceptuando aquellas actividades que ofrecen regalos o alimentos a los residentes, porque, como expresa en la entrevista, “*acá no hay muchas ganas de vivir*”, en consonancia con lo expresado por el portero enuncia una imagen del adulto mayor como un sujeto desgano, desinteresado y, al no tener ganas de vivir, en espera de la muerte.

Por otro lado, la concepción de la profesional médica es la siguiente:

“Por ahí lo más asistido son las clases de gimnasia porque yo se los estimulo bastante, por ahí tanto machaque funciona. Disponemos de un mini gimnasio con elementos para que se rehabiliten, pero yo creo que el 95% de los pacientes no lo conocen. También tenemos una biblioteca hermosa con muchos libros, pero se dejó casi en desuso, no hay alguien que estimule la lectura. Uno trata de jugar un papel múltiple pero no es fácil.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

En la entrevista se observa una propuesta constante de participar en la clase de gimnasia debido a los beneficios físicos que acarrea dicha actividad. Sin embargo, sostiene que los residentes desconocen la existencia de la clase y el gimnasio, asimismo que plantea la necesidad de la lectura para activar las funciones cognitivas, pero no hay un personal dedicado a fomentar dicha actividad o estar disponible para que los adultos mayores busquen libros.

Los miembros del personal coinciden en que la mayoría de los residentes no realizan actividades. Ahora bien, portero y empleadas asocian la disminuida participación a los atributos característicos de la vejez, es decir, que en esa etapa de la vida el sujeto es solitario, retraído y manifiesta desgano por vivir; sin embargo, la profesional médica asocia la desvinculación de actividades recreativas a un desconocimiento de las actividades, por parte de los residentes, y una falta de incentivos institucionales para realizar dichas actividades, por parte del personal.

Los constantes comportamiento de aislamiento, silencio, desvinculación con otros residentes y el desinterés manifiesto en las actividades que ofrece la institución, revisten una situación de normalidad incuestionada por resignación, en tanto esas conductas caracterizan al estado general del adulto mayor. Dicha imagen, que no lleva a la intervención frente a los comportamientos nombrados, contribuye a la profundización de los prejuicios hacia los adultos mayores, conllevando una acentuación de conductas de retraimiento y soledad, es decir, llevando a cabo una imagen de sí mismo tal y como el estereotipo social lo especifica.

5.1.4. Vínculos entre adultos mayores y el personal

Las relaciones con el personal pudimos ver que dependen tanto de la tarea que cumpla dicho trabajador como de la cantidad de contacto que tenga con los residentes, debido a que una mayor asiduidad en el vínculo lleva al enfrentamiento de situaciones adversas en un contexto institucional extraño para los adultos mayores.

En primer lugar, en relación al encargado y portero vemos que revisten, para los residentes, una cualidad de jerarquía ya que a ellos piden favores que refieren a solicitar un llamado para la familia, consultar si llegaron diversas cosas que piden, etc., y, al pretender obtener algo de ese personal, el trato es ameno.

En segundo lugar, la relación con la médica y la enfermera está supeditada a la salud clínica de los adultos mayores, el lugar de trabajo se establece en la enfermería, y el trato entre ambos es agradable debido a que la enfermera y la médica representan el saber científico que “ayuda” con algún malestar físico que les puede dificultar su vida cotidiana.

En tercer lugar, la relación de conflicto se ve intensificada particularmente con las empleadas y cuidadoras quienes tienen un trato constante y cotidiano en todas las actividades que realizan los adultos mayores en la institución y de quienes no pueden obtener favores ya que se encuentran en la base de la escala jerárquica del personal, así lo expresa el portero:

“Y con las empleadas por ahí hay un choque. Una empleada me decía que una abuela la puteo, la bajó. Hay abuelas muy malas y no están perdidas. Parece que el rencor de estar acá dentro lo usaran con las empleadas.”
(Entrevista Portero – 08/08/2016)

En la expresión del portero podemos ver una explicación de la relación conflictiva que se presenta entre las empleadas y los adultos mayores, adjudicado principalmente a una expresión de rencor hacia la persona equivocada, refiriéndose al sentimiento de enojo que expresan los adultos mayores sobre la decisión de la familia de llevarlos a vivir a la institución. La actitud de los adultos mayores hacia el personal en el psicoanálisis fue explicado a través del mecanismo de defensa de desplazamiento, “donde el componente emocional de una idea u objeto inaceptable se transfiere a otro más aceptable y con el cual tiene algún vínculo asociativo” (Freud, 2015:2975), de esta forma el personal recibe expresiones de enojo e

insatisfacción por parte de los adultos mayores debido a su descontento por estar viviendo en un contexto institucional que no eligió.

5.1.5. El adulto mayor y su familia

Es importante tener en cuenta la imagen que construye el personal de la relación del adulto mayor y su familia. Ello da cuenta de la representación del residente como un sujeto abandonado, desvinculado de sus afectos, solitario y en un proceso de profunda dejadez y ensimismamiento.

En torno a la consulta sobre la relación entre el residente y su familia, pudimos ver los relatos de algunos miembros del personal:

“Acá adentro es un mundo. Tenés gente que está muy cuidada y gente que no, muy solas, muy maltratadas. Nosotros a veces intervenimos en esas relaciones interpersonales y tratamos de solucionar esos problemas.”
(Entrevista Encargado – 17/02/2016)

“Nosotros mediamos. Por ejemplo si un hijo viene paga la cuota pero no visita a la abuela, tratamos de hacer reuniones para ver cuál es el problema porque la abuela demanda y pregunta por qué no viene mi hijo. En eso vos encontrás un camino muy duro en la relación entre hijo y padre/madre, ya había un quiebre anterior. Entonces qué buscas? Buscas dejar eso de lado y que partan desde este momento y que se restablezca un poco la relación y tratar de mostrarles que este es su último paso, el cada día es importante, aprovecharlo ahora, porque en el mañana no sabemos qué va a suceder. Yo calculo que hemos logrado en todos los casos. Tratar de plantear una visita mínima semanal.” (Entrevista Encargado – 17/02/2016)

Desde la figura de jerarquía que reviste el encargado de la institución, es posible ver una intención a generar y/o restablecer lazos conflictivos entre el adulto mayor y su familia, enfatizando en la idea de la institución geriátrica como un hogar de cuidados por diversas dificultades familiares e individuales, alejándose de la idea de “*depósito de personas*”, y por ello buscan que la familia haga visitas semanales al residente. La explicación del vínculo entre residente y familia contribuye a la formación de una imagen del adulto mayor como un sujeto que ha sido abandonado por su familia, el cual se encuentra en un momento de soledad y retraimiento.

A continuación vemos el relato del portero:

“La experiencia acá...ves cada cosa que te parte el alma de parte de los familiares...hay familiares que están presentes pero hay otros que los depositan y olvidate. Acá se ven más familiares que no visitan. Hay gente que

*viene una vez al mes. Y a veces capaz que me quedo corto. **No se si le hacen pasar alguna factura o qué...pero me entendés? Si han hecho algo en su vida después tomá...te encajo ahí y arreglátela. Hay casos...hay hijos que vienen y te saludan hola qué tal? Traen la receta de la medicación y se van. Ni preguntan.*** (Entrevista Portero – 08/08/2016)

Aquí se observa la referencia al abandono familiar, noción que contribuye a la incompresión de la relación del adulto mayor y su familia. Ello atañe a una falta “*de un análisis interaccional que de cuenta de la interdependencia entre las experiencias previas en la relación de cuidados entre el anciano y el cuidador familiar, la salud del anciano y del cuidador, y la situación socio-económica y familiar*” (De los Reyes, 2007:57), como parte de los condicionamientos que influyen en el número y calidad de visitas familiares. Desde la institución, puede verse la realización de intervenciones que dejan de lado la perspectiva interaccional que aborde la situación de cada relación entre residentes y familiares, con sus particularidades sociales, familiares y subjetivas, que contribuya a reconstruir los lazos interrumpidos por la situación de internación.

Podemos comprender las razones por las cuales la familia de los residentes no realiza las visitas deseadas tanto por el propio adulto mayor como por el personal, si tenemos en cuenta que hay diversos factores conflictivos en torno a la institucionalización de adultos mayores que remiten a la decisión unilateral de internación, la poca asiduidad de visitas, las llamadas de atención por parte del encargado para incentivar las visitas, que encuentran su fundamento en un sentimiento de culpa por parte de la familia por el hecho de haber llevado al adulto mayor a una institución geriátrica.

Las representaciones sociales por parte del personal que hablan sobre el abandono familiar, intensifican la baja en la cantidad y calidad de visitas y el resquebrajamiento del vínculo. De este modo, podemos decir que hay una falta de planificación para contribuir a la relación entre residente y familiar, debido al establecimiento de un horario fijo para las visitas; asimismo observamos que se les permite a la familia visitar en horario de comidas para compartir el momento del almuerzo pero no existe un espacio físico adecuado para llevarlo a cabo. Además, existe una falta de profesionales que contribuyan a generar actividades para crear lazos sociales entre el adulto mayor y su familia. Esta situación va en detrimento de los adultos mayores ya que la falta de planificación institucional para contribuir el vínculo entre residentes y familiares, sumado a la representación social que tiene el personal sobre la familia como grupo que abandona a los adultos mayores, permite la construcción de la imagen del adulto mayor en soledad y desvinculado de sus afectos.

La exploración de las actividades que realizan los adultos mayores y el tipo de relación que establecen entre ellos, el personal y la familia, nos permite conocer las representaciones sociales que tienen los miembros del personal sobre los diversos aspectos de la vida de los residentes que lo cual le da ciertas pautas para adscribir ciertas características a los mismos.

En este sentido, la representación social generalizada sostiene que los residentes fueron maltratados y abandonados por su familia ya que constituyen una carga para su vida cotidiana, por lo que la institución geriátrica funciona como un paliativo a la escasez de cuidados. De la misma forma, el adulto mayor es considerado como un sujeto dependiente y sin autonomía de decisión y por ello acepta el consejo de ir a vivir a la institución, además, es un sujeto aislado, desinteresado, inactivo y desganado. Las caracterizaciones anteriores dan al personal herramientas para construir un tipo de adulto mayor institucionalizado que desarrollaremos a continuación.

5.2. La imagen del adulto mayor

El análisis que realizamos sobre las imágenes en torno a los adultos mayores que construye el personal a partir de la descripción de las prácticas cotidianas de las institución dan lugar al surgimiento de una representación social de cómo es el adulto mayor.

Frente a la interrogación sobre cómo son los adultos mayores es constante la mención a que son como chicos, adolescentes, niños:

*“Llega un momento que vos decís...” ¿dónde te metiste?” porque tienen sus conflictos, **son como criaturas**, se pelean entre ellos. Y **son como adolescentes**...hacen parejas también. Y viste por ahí tenés que vigilarlos porque son como adolescentes.” (Entrevista Empleada Doméstica – 01/12/2016)*

*“Y viste **son como chicos**...hay que estar alerta a todo, a lo más mínimo. Porque necesitan muchísima atención y también son como chicos porque igual a ellos no tienen la capacidad de ver el límite del peligro, entonces por ahí ven algún compañero caído y lo quieren levantarlo, y en ese intento se hacen mal ellos o se caen arriba del compañero, y provocan alguna lesión muscular que se podría haber evitado, pero ellos no lo hacen de malos, lo hacen sin querer, ponele agarran y le sacan la cinta que nosotros le ponemos para que justamente no se caigan y ellos van y tratan de alguna manera de sacárselo porque el paciente que está sujeto te dice que le molesta, entonces van le sacan y se caen, y en general termina en algún accidente.” (Entrevista Enfermera – 15/12/2016)*

“Es muy vulnerable, es frágil, es débil porque físicamente está en una etapa involutiva, los parámetros hermodinámicos de su salud son más inestables como puede llegar a ser un niño, entonces como algo tan sencillo como que hace calor y los pacientes se deshidratan sólo porque hace calor y ellos voluntariamente no toman agua como el niño, y entonces necesitas vos estar acompañándolo, insistiéndolo que tome agua porque sino ellos no van a buscar

el vaso porque voluntariamente no sienten la necesidad, entonces son muy frágiles.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

En este apartado indagamos sobre “¿cómo son?” los adultos mayores desde la perspectiva del personal de la institución. Al respecto pudimos ver que fueron caracterizados por un lado, según su comportamiento como chicos, adolescentes y criaturas; y por otro, según sus aspectos físicos como débiles, frágiles y vulnerables. En los extractos anteriores puede observarse que las características adscriptas se realizan en función de que estos están atravesando la etapa de la vejez, en la cual, suponen, se pierden habilidades que corresponden a un sujeto social activo y capaz de cuidarse por sí mismo.

La manera en que algunos sujetos definen a otros estará mediada por el conjunto de representaciones sociales que intervienen en las situaciones vividas. De tal modo, el personal tiene un bagaje representacional que tiende a asociar al adulto mayor, en particular, aquellos que están institucionalizados, con sujetos débiles, dependientes y demandantes de ayuda constante para desarrollar su vida; situación similar a la que se presenta con los niños, imagen a la cual el personal se refiere para describir la forma de ser de los adultos mayores.

La forma de hablar y referirse a otro da cuenta de la representación social que se tiene sobre ese sujeto, por ello, la manera de caracterizar y de hablar con los residentes que tiene el personal es un indicador del tipo de imagen que tienen sobre ellos. El uso de una comunicación exagerada, con vocabulario simplificado, el habla lenta y una voz aguda, y la referencia al residente con apodosos infantilizadores o términos en diminutivo y excesos de cariño en el habla, da lugar a una concepción del adulto mayor como un sujeto frágil, añorado, infantil, vulnerable y dependiente, con una pérdida total del entendimiento en la comunicación con otros. *“El habla edadista puede, por tanto, crear un ciclo de retroalimentación negativa para las personas mayores que puede derivar en una disminución de la autoestima, depresión, retraimiento y en la asunción de conductas de dependencia congruentes con el estereotipo de “anciano frágil”, a modo de profecía autocumplida”* (Pinazo-Hernandis, 2013:266)

La infantilización hacia los adultos mayores implica el ofrecimiento de actividades similares a las ofrecidas a los niños y con el mismo nivel de dificultad, suponiendo que han desaprendido muchos conocimientos. Asimismo, el acto de dirigirse a los adultos mayores con nombres infantilizadores y con gestos que se usan en la interacción con niños pequeños, se atribuye a la necesidad de cuidado percibida, lo que conlleva a un tratamiento paternalista. Las representaciones sociales y prácticas infantilizantes tienen consecuencias asociadas con una disminución de la autoeficacia, con la pérdida de identidad y el sentimiento de despojo que puede dar lugar a situaciones conflictivas.

Las representaciones sociales que el personal de la institución tiene sobre los residentes y su vejez está en íntima relación con la proliferación de nociones prejuiciosas, es decir, aquellas imágenes infundadas con simplificación y homogeneización de aptitudes,

rasgos y prácticas de los mismos que implican un trato discriminatorio, en el caso de la vejez consiste en una desposesión de objetos, prácticas y agencia, y en una disminución del ser adulto mayor a través de la infantilización.

El adulto mayor tanto institucionalizado como quien vive en su hogar es representado como un sujeto frágil y dicha condición se encuentra intensificada con la institucionalización, así podemos verlo:

“El paciente añoso es un paciente que es muy frágil. Neurológicamente es tan frágil. Es como un niño chiquitito que estás criando y que tenes que tener muchos cuidados para saber cómo hablar y tratarlo. Y es tan frágil que todo esto que sucede que ellos sienten de su familia, sienten el desarraigo de su casa, influye en lo neurológico. Es algo constante del adulto mayor pero acá se exagera mucho más porque acá ellos experimentan despojo de lo que tenían a lo que ya no tienen y sumado a lo nuevo. Cuando uno se muda de lugar ya eso es una crisis por más que tengamos treinta años o la edad que sea, es una crisis de algo nuevo. En ellos esa crisis es muy pesada porque ellos ya empiezan a valorar que no van a volver a ver más su casa...sus cosas para ellos son muy importantes, lo que añejaron durante toda su vida con su marido, con su familia. Ese despojo de lo físico es muy pesado para ellos.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

La referencia a la intensificación del sujeto adulto mayor frágil debido a la institucionalización está asociado con el despojo material y emocional que sufrieron los sujetos al tener que mudarse a la institución, tal como lo enuncia la médica, van viendo que allí va a ser su última parada. La médica enfatiza en estos factores ya que son imprescindibles a tener en cuenta en la salud de estos y en el desarrollo de su vida en el contexto institucional. Sostiene que el residente es un sujeto frágil principalmente por la serie de desvinculaciones y despojos que va viviendo en la etapa de la vejez debido a cambios en el núcleo familiar que conllevan una transformación en sus capacidades para decidir donde vivir, qué objetos llevarse y los vínculos que pueda mantener al vivir en la institución geriátrica. En el extracto de entrevista de la médica podemos ver que la característica de fragilidad se asocia al adulto mayor por su vejez, pero también, principalmente, su fragilidad se construye a partir de las crisis de despojo material y afectivo que viven en esta etapa de la vida.

Lo anterior puede evidenciarse en la descripción que la médica hace sobre los residentes que tienen dificultades físicas o motoras y restricción de salidas por parte de la familia:

“Es notorio que quien todavía tiene la facultad neurológica para salir por sus medios está muy bien. El paciente que no puede salir afuera o lo hace con un familiar porque no es lo suficientemente hábil para hacerlo, pero que

todavía no está postrado o neurológicamente tan comprometido, ese paciente es muy demandante, es quizás uno de los pacientes más demandantes porque sí puede venir a la consulta, se da cuenta de todo, es el que más sufre porque por sus medios no puede hacer nada, los familiares no le dan la autorización para hacer las cosas solos y depende de que alguien venga y lo saque, y que alguien le hable, y tiene todo presente lo de antes y sobre todo los despojos, y le duele todo. A veces es el hecho de que se sienta a charlar un rato con vos. Y después está el otro paciente que ya no sufre más porque ya no se da cuenta, tiene una demencia senil avanzada, la familia que es presente sufre mucho porque el paciente está desconectado y lo tenés que tratar así como en su mundo.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

El relato de la médica permite reflexionar sobre el despojo material y emocional que vivencian los adultos mayores debido a la institucionalización con el agravante de las nimias visitas familiares, generando una crisis vivencial en los mismos que se intensifica en la institución debido a la necesidad de pedir ayuda para realizar algunas actividades, suponiendo que generan estorbo y molestia al personal. Las consecuencias de la crisis de despojo y sentimiento de estorbo pueden verse en la presentación de molestias corporales sencillas clínicamente pero que para el residente representan una importancia mayor, por ello asisten a la consulta y comienzan a conversar sobre todo lo que les sucede en su vivencia institucional.

En diversos estudios (Salvarezza, 2013; Ludi, 2014) donde se han efectuado programas de intervención para mejorar el autoconcepto que los adultos tienen sobre sí mismos se sostiene que “*si se incrementan las posibilidades de elección y de ejercer control sobre las circunstancias que se dan en los ambientes institucionales, los ancianos muestran mayor número de interacciones sociales, mejor adaptación al ambiente institucional (...) e incrementan el bienestar psicológico y físico*” (Salvarezza, 2013:113). De este modo, los dichos por el personal médico tendrían un basamento en la teoría y es posible sostener que una mayor autonomía cognitiva, física y subjetiva tanto en la realización de actividades ordinarias (alimentación y aseo personal) como actividades recreativas (gimnasia y taller de memoria) incentivarán a los adultos mayores a tomar responsabilidad que estaría llevando a cabo el personal de la institución.

“*El autoconcepto de los ancianos institucionalizados en comparación con el de aquellos que continúan viviendo en el hogar familiar se va a caracterizar por un mayor descenso en la autoestima, una mayor degradación y unas menores expectativas con respecto a su posible capacidad para enfrentarse con circunstancias y con el mundo exterior*” (Salvarezza, 2013:106). La cita nos ayuda a referenciar la relación directa que establece la médica entre el despojo material y emocional que ocurre con la institucionalización, en conjunto a la disminución del autoconcepto positivo de los residentes. De esa manera pueden presentarte

los sujetos decaídos, dejados y abandonados que observa el personal en su labor, cumpliéndose los estereotipos sociales que indican que el adulto mayor es un sujeto en constante proceso de despojo, contribuyendo a unas prácticas por parte del personal que enfatizan y profundizan dichos prejuicios.

Por otro lado, la imagen que tiene el personal sobre la participación en actividades por parte de los adultos mayores sostiene la idea de que sólo asisten algunos residentes, y en las actividades que hay más cantidad de adultos mayores es a razón de recibir algo a cambio. En nuestra observación, pudimos ver más concurrencia en actividades creadas por los propios adultos mayores, según sus intereses y gustos, ya que argumentan que las actividades que ofrece la institución son pocas y aburridas. Este concepto también es expresado por algunos miembros del personal que enfatizan en la poca cantidad de actividades, la falta de profesionales capacitados para darlas y un desincentivo a la participación. Es un ciclo que se retroalimenta y da lugar a que el personal tenga una imagen del adulto mayor como un sujeto dejado, apático y solitario.

Asimismo, en el mundo del personal hay una imagen compartida que caracteriza a los residentes como niños, adolescentes, frágiles y vulnerables, aludiendo tanto a sus actitudes y comportamientos, como a una característica que, según lo relatado, remite al adulto mayor en general y se intensifica con la institucionalización. Dicha representación social contribuye a un retraimiento y aislamiento de muchos residentes debido a que, tal como ya puede haber sucedido en el hogar familiar, son vistos como sujetos dependientes, faltos de autonomía y desprovistos de todas las características que tiene un sujeto autónomo.

Al interior del mundo del personal, la médica está posicionada con una perspectiva diferencial a medida que va desarrollando las razones por las cuales los adultos mayores son percibidos como sujetos débiles y dependientes, ya que sostiene que esas características provienen, principalmente, de las pérdidas y destituciones emocionales que sufre el adulto mayor en el proceso de envejecimiento y en particular los residentes del geriátrico que han vivido despojos de todo tipo.

5.3. Servicios sociales de la función geriátrica

En este apartado pretendemos indagar sobre los sentidos que adquiere la existencia de la institución geriátrica debido a que no sólo en las prácticas cotidianas descritas se ven las representaciones sociales sobre la vejez que tienen los miembros del personal, sino también en los objetivos manifiestos de la institución y la selección del personal.

La pregunta de “¿para qué sirve?” la institución geriátrica obtuvo respuesta del encargado. El objetivo principal es el cuidado de “adultos mayores indefensos”, según puede extraerse de lo narrado por el personal de la institución.

*“Nosotros buscamos que esto sea un hogar y no un geriátrico ni una residencia. Sino tomarlo como familia, como hogar, **esa es la idea básica que los abuelos sientan que están en un grupo de familia...** es importante decirle hogar para que no lastime, porque por ahí al decir geriátrico ya estás hablando de un lugar de depósito. Son cosas que al abuelo lo lastiman y le duelen” (Entrevista Encargado – 17/02/2016).*

En el relato del encargado de la institución geriátrica puede extraerse una actitud orientada a la homogeneización y despersonalización de los adultos mayores, suponiendo que el tratamiento igualitario de los sujetos conlleva a un ideal de atención que conduce hacia el buen vivir. Al contrario, la tendencia homogeneizante de los adultos mayores como un grupo que conduce su accionar bajo los mismos intereses y gustos tiende a desmejorar la autonomía de los sujetos debido a que los residentes se ven comparados con personas con las cuales, ellos mismos consideran, no comparten una historia en común.

Teniendo en cuenta la tendencia a homogeneizar un grupo de sujetos heterogéneos, resulta importante analizar los requisitos a tener en cuenta para seleccionar el personal. Para el desarrollo de la vida de los residentes en la institución, deben tener contratado cierto número de personal:

“El promedio en hogares es una persona cada tres, nosotros pasamos un poquito, sobre 112 tenemos 45 empleados y el área mucama tendrá 30. Por turno son 6 mucamas. 2 en sectores grandes y 1 en cada sector chico. Los sectores A y B son del primer pasillo, ahí hay dos personas y atienden 40 cada uno, tenés personas con problemas físicos y neurológicos, serán unos 10 y demandan mucho tiempo.” (Entrevista Encargado – 10/03/2016).

En la entrevista con el encargado de la institución, frente a la pregunta “¿el personal está formado en la vejez?”, su respuesta implica una cuestión importante para analizar:

*“**Sí y no.** Es un trabajo muy especial. Acá hay que tener muy buena predisposición, esto no es trabajar porque no tengo un trabajo. Es trabajar por una situación diferente. **Acá las chicas que vienen porque ya han atendido abuelos, porque tienen paciencia,** es un trabajo muy difícil, hay que limpiar colas y no es un pariente tuyo. Esto no es fácil entonces vos no es que estudias y ya podés, **cuando vos haces entrevistas vas buscando gente que tiene algo que la mayoría no tiene.**” (Entrevista Encargado – 10/03/2016).*

Para la selección del personal se tiene más en cuenta las características de personalidad, afecto y amor por los adultos mayores que la formación para su cuidado. De este modo, buscan personas cuyas cualidades sean la paciencia y la vocación de servicio, con una

personalidad cálida y cariñosa. Se presume que estas características personales son más importantes que el conocimiento de las prácticas sobre el cuidado, las cuales pueden adquirirse con la práctica.

La conceptualización del cuidado de adultos mayores como una tarea que precisa amor y cariño, prescindiendo de formación gerontológica específica, implica una idea de la vejez como un momento de la vida donde el sujeto es homogeneizado en sus gustos e intereses, dejando de lado las especificidades subjetivas, lo cual lleva al manejo de las actividades con un tipo de adulto mayor ideal inexistente. Por ello, son frecuentes las situaciones conflictivas que son difíciles de atender para los miembros del personal que no están capacitados, asimismo que va en detrimento del adulto mayor como destinatario de los cuidados ya que la desinformación hace que no se atiendan a las solicitudes de los residentes, y sean tratados como sujetos quejosos, malos, insistentes, desinteresados y desganados.

El encargado habla del personal y permite construir una representación social de la atención geriátrica que implica la necesidad del amor y cariño para un grupo heterogéneo de sujetos que son conceptualizados como abandonados, solitarios, desganados, retraídos e inactivos, que precisan exclusivamente el cuidado del cuerpo y de la salud, dejando de lado la realización de actividades recreativas que tienen injerencia en el mejoramiento de la calidad de vida y el realzamiento del autoconcepto.

Al suponer que el personal precisa de aptitudes referidas al cariño y la devoción por los residentes sin solicitar una formación gerontológica, se va en una disminución de la capacidad del adulto mayor para realizar tareas por sí mismos, en el desarrollo de actividades de importancia para el desarrollo cognitivo y habilidades de vínculos sociales debido a que el personal supone que los adultos mayores son sujetos incapaces e inhabilitados para realizar un sinnúmero de tareas cotidianas, lo cual va en detrimento de la autoimagen e incentiva actitudes de soledad y retraimiento, que son vistas por el personal como características comunes en la vejez.

5.4. El cuidado de adultos mayores

En los apartados anteriores pudimos rastrear en la descripción que hace el personal sobre las formas de ser y actuar de los residentes, diversas imágenes sobre los adultos mayores que contribuyen a la construcción de una específica representación social sobre la vejez como un momento en que el sujeto constituye una carga para la familia, en donde se pierden las ganas de vivir, presentando actitudes apáticas y desinteresadas hacia las actividades recreativas que ofrece la institución, así como el surgimiento de un sujeto solitario, retraído y dejado tanto en su cuerpo como en sus capacidades cognitivas y vinculares. Es decir, nos encontramos con una conceptualización del adulto mayor y la vejez que guarda íntima relación con la representación viejista de este momento de la vida, dichas imágenes

actúan influyendo en el desarrollo del trabajo de cuidado de adultos mayores que realiza el personal de la institución.

Al mismo tiempo, vimos que la descripción del objetivo de la institución como también las aptitudes solicitadas para el cuidado de adultos mayores contribuyen a la construcción de la imagen de la vejez como un momento de incapacidades físicas, cognitivas y vinculares, momento en el cual el sujeto es incapaz de cuidarse por sí mismo y precisa la expresión de cariño y que tareas mínimas como bañarse, comer o vestirse, sean realizadas por un extraño. Ello implica una homogeneización de los intereses y gustos de los adultos mayores y una disminución de sus capacidades, debido a que la falta de formación gerontológica pierde de vista la necesidad de incentivar la realización y reapropiación de actividades que sirvan a mejorar el autoconcepto que los adultos mayores construyan sobre sí mismos.

El trabajo de cuidar adultos mayores trae consigo dos características particulares: por un lado, el trabajo con personas, y por otro, el cuidado como labor innata correspondiente a las mujeres. A continuación reflexionamos sobre estas cuestiones.

5.4.1. El trabajo con personas

El trabajo de cuidado de ancianos implica el contacto con el cuerpo viejo, la intimidad de los sujetos y la realización de actividades que generan rechazo. En particular nos interesa la perspectiva de Arlie Hochschild (2008), quien realizó estudios que contribuyen a construir el concepto de *“trabajo emocional”* con el cual hace referencia a los trabajos de servicio que demandan una vigilancia constante de los sentimientos propios con el objetivo de transmitir una imagen que otorgue satisfacción y afectos para los sujetos que reciben el trabajo de cuidado.

Desde la perspectiva de Hochschild (2008) la conceptualización de cuidado refiere *“a un vínculo emocional, usualmente recíproco, entre la persona que brinda el cuidado y la que lo recibe”* (Hochschild, 2008:309) en dicho vínculo el sujeto que otorga el cuidado tendrá sentimientos de responsabilidad para dar un buen vivir a otros, para ello deberá poner en práctica un trabajo cognoscitivo, emocional y físico para llevar a cabo su labor, debido a que deberán presentarte con una imagen que trasmite bienestar y tranquilidad a la persona, sin dejar salir de sí mismo los propios sentimientos. A dicho trabajo, la autora lo denomina *“elaboración de emociones”*, ello sería el *“acto de intentar que se produzca un cambio en el grado o la calidad de una emoción o un sentimiento (...) elaborar una emoción o un sentimiento es lo mismo que manejar una emoción o llevar a cabo una actuación profunda”* (Hochschild, 2008:140), lo cual puede realizarse para autogenerar un sentimiento que exige una actividad dada, o al contrario, suprimir los sentimientos que dicha actividad prohíbe.

Para indagar en las representaciones sociales que tiene el personal sobre los adultos mayores y la vejez institucionalizada, nos pareció importante consultar sobre el sentido que

adquiere para el personal realizar su trabajo con personas. Al respecto una empleada cuidadora expresa:

*“Y si influye, por ejemplo, **ella es una persona dócil para trabajar**, lo que más le puede costar es levantarse o eso. Después **hay personas que son más difíciles, es una lucha para que hagan algo, para que se mueva, para que vaya al baño, para que entienda que son cosas que le hacen bien. Y después está el otro que directamente se quiere morir** entonces ahí vos tenés que poner lo más y ‘dale levántate, tenés que arrancar, no podés estar así porque sino te vas a morir’, y te dicen que eso es lo que quiere, y vos le decis, ‘bueno pero eso en un futuro, no es ahora’, pero bueno...en esta etapa es difícil diferenciar entre presente y futuro porque ese futuro puede ser mañana o en una hora. Entonces tenés que convencerlo de que se levante y que si llega a ese momento que llegue lo mejor posible.” (Entrevista Cuidadora – 15/12/2016)*

A continuación, la enfermera sostiene el avance del deterioro neurológico de los adultos mayores, con apariencia física sana:

“E: Lo que si uno por ahí no lo tiene tan presente al deterioro a nivel neurológico, o sea por ahí las apariencias no son lo que parecen al 100%, presentan una apariencia sana y el deterioro mental se ve después de que conoces más a la persona.

L: ¿Eso dificulta el trabajo?

*E: No no, lo vuelve un poco más fino. Es decir, vienen y te dicen estoy mareado como tres veces y vos lo ves que viene caminando, una persona mareada directamente no se mueve, es tan constante el vértigo que no te deja hacer dos pasos. Entonces uno va viendo...por ejemplo, viene a las 7 de la mañana, después a las 9 y a las 10, entonces quiere decir que el mareo no está, **hay que hacer una valoración básica de si hay algo realmente clínico, o hay algo más escondido en lo que ellos te dicen.**” (Entrevista Enfermera – 15/12/2016)*

Con la expresión “*trabajo fino*” la enfermera va a definir su labor respecto a los adultos mayores que se encuentran viviendo en la institución, ya que observa una tendencia repetitiva en las visitas a la enfermería para manifestar un malestar físico que, en realidad, no existe.

A continuación la médica nos indica la particularidad del tipo de atención que debe realizar en la institución:

“Cuando ves entrar a x paciente no ves ese nombre nomás sino que ves también entrar toda esa historia. Y entonces también está bueno porque sabes interpretar mejor, te vienen a contar un poco más de todo eso. Acá ves más patologías mentales y emocionales que enfermedades físicas porque ellos necesitan eso, sentarse y que te cuenten. Vos sabes cuando venis pero no sabes cuando te vas.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

Podemos ver que en la atención al adulto mayor institucionalizado no sólo se atiende la cuestión considerada médica y clínica enfocada en la salud del cuerpo del sujeto, sino que también se hace constante la aparición de *“patologías mentales y emocionales”*, según lo expresan las profesionales médica y enfermera.

En la actividad de trabajar con otras personas, los sujetos disponen su cuerpo y mente en aras a sentir y percibir acorde a una situación específica. Para definir lo que deben sentir, los sujetos utilizan *reglas de sentimiento* (Hochschild, 2008), las cuales establecen lo que deben sentir o les gustaría sentir, es decir, muestran la forma en que evaluamos los sentimientos, tanto propios como ajenos.

En este sentido, la elaboración de un sentimiento adecuado al trabajo que realiza el personal de la institución se efectuará teniendo en cuenta las nociones de las prácticas correctas asociadas a una representación social específica sobre los adultos mayores, tal elaboración del sentimiento adecuado al servicio que se ofrece se da en particular con la parte del personal que está en mayor contacto con los residentes: empleadas y cuidadoras. La representación social indica que los adultos mayores son sujetos vulnerables, dependientes y frágiles, quienes precisan de ayuda constante, además su comportamiento es similar al de los niños ya que presentan quejas y conductas consideradas peligrosas para su bienestar.

5.4.2. Trabajo de cuidado: labor de mujeres

En diversos estudios sobre el trabajo de cuidado (González Méndez, 2003) se tienen en cuenta los aportes de Hilary Graham (1983) quien ha desarrollado ideas del cuidado como aquellas experiencias subjetivas de trabajo que tiene implicancias fundamentales para la construcción de las identidades de mujeres que realizan dichas tareas laborales. El cuidado consiste en ocuparse (hacerse cargo) y preocuparse por la buena vida de otras personas, implicando una relación íntima entre trabajo y afecto.

Los cuidados están presentados socialmente como una labor femenina y que remite a la esfera privada, al ser percibidos como un deber moral que sólo concierne a las mujeres. La idea del cuidado suele acarrear un sentido de entrega, devoción y actitud altruista, como indicadores fundamentales de una labor realizada a partir de la entrega y amor hacia otro sujeto. La orientación hacia dicha tarea es aparentemente natural de las mujeres, así como son naturales los saberes y habilidades precisas para llevarlo a cabo. Dando lugar a una norma

social que tiene como expectativa de acción de las mujeres el ámbito del cuidado familiar con el objetivo de reproducir la vida humana, lo cual colabora con la naturalización y ocultación de dicha actividad y con ellos, de las mujeres. Así vemos, un conjunto de representaciones sociales que configuran los cuidados como un territorio esencialmente femenino, en donde las prácticas de las mujeres se desplazan entre el placer y el deber social y moral, entre la necesidad de cuidado y la responsabilidad individual de llevarlo a cabo.

A pesar de las transformaciones en el nivel educativo de las mujeres y su inserción en el mercado laboral, la responsabilidad por el cuidado de los otros sigue siendo una práctica asociada naturalmente a lo femenino, así vemos que el imperativo social sigue en pie en el momento en que pasa a considerarse que es parte del rol natural de la mujer no sólo en la familia sino también en la sociedad.

A partir de la construcción del deber ser de las mujeres como cuidadoras naturales de los sujetos, podemos ver que el cuidado de los adultos mayores es realizado por mujeres en la familia, y dicha característica se amplía al personal doméstico y de cuidado directo del adulto mayor en las instituciones geriátricas, lo cual lleva a que los administradores de dichas instituciones supongan que cualidades como “*amor*” y “*cariño*” hacia los adultos mayores son suficientes para que esas personas sean contratadas para trabajar en la institución. Ello nos lleva a reflexionar sobre el trabajo de cuidado. La actividad de cuidado tiene inmersa la variable fundamental del afecto, generando nexos emocionales y afectivos profundos, partiendo de que la demostración de amor es un intangible que no es valorable en términos económicos, e impagable ya que para que sea auténtico el cariño no debe pagarse.

La presentación del trabajo de cuidado de adultos mayores como una labor asociada de forma innata a las mujeres contribuye a que las exigencias de capacitación sean escasas y se enfatice en la idea del amor, el afecto y la paciencia por los adultos mayores. Asimismo, pudimos ver que el trabajo de cuidado sobre personas implica situaciones conflictivas y difíciles de afrontar por parte de empleadas que no tienen la formación necesaria para llevarlas a cabo. Lo cual nos introduce hacia el próximo apartado donde reflexionamos sobre las particularidades del trabajo de cuidado sobre la vejez institucionalizada.

5.4.3. El cuidado gerontológico

Para recapitular, sostenemos que las representaciones sociales por parte del personal sobre la situación de ingreso-adaptación, la participación en actividades, los conflictos relacionales y las caracterizaciones de los adultos mayores dan lugar a la ejercitación del trabajo sobre los residentes mediado por un cúmulo de prejuicios que asimilan a la vejez como una etapa en la que el sujeto se encuentra despojado de objetos materiales, vínculos sociales y habilidades cognitivas, por lo que los residentes van a precisar del personal una ayuda constante, la atención a todos los momentos de su vida y una comunicación infantilizante que no les dificulte comprender lo que se les dice.

Frente a ello, vemos que dicha imagen repercute en forma negativa hacia los residentes institucionalizados ya que se ven disminuidos en todas las esferas de su vida, se ven desprovistos de posibilidades de acción y elección sobre su cotidianeidad, lo cual lleva, en muchos casos, a reproducir dicho retraimiento y soledad, otorgando el argumento fuerte para que el personal tenga una base para sostener que los adultos mayores son sujetos dependientes y frágiles.

En este panorama, el trabajo de empleadas de la institución es evaluado bajo la óptica que dentro de ese contexto sería necesaria una capacitación específica en vejez:

*“Yo creo que ser cuidadora **no es como ser niñera**, no es un simple trabajo, **requiere otras aptitudes**, otros valores, si no te gusta no lo podés hacer por más capacitación que tengas, porque **es un trabajo difícil, tenés que remarla mucho**. Por ahí yo veo a las chicas que lloran porque la situación la supera...no es tan sencillo.” (Entrevista Médica – 15/12/2016)*

En el extracto de entrevista podemos ver la posición de la médica respecto a las aptitudes que tienen las empleadas domésticas y cuidadoras para el labor con adultos mayores, enfatizando en la idea de que no es un trabajo ordinario, sino que precisa de conocimientos específicos para llevar a cabo la tarea.

En la misma línea de reflexión, la médica caracteriza a las empleadas:

“Lo primero que se tendría que tener en cuenta es que además de limpiar la institución también tienen que ejercer la limpieza de los pacientes y necesitan atención, cuidado, el baño constante, y no hay un criterio, o una formación para seleccionar. Es de la misma manera que se contrata un servicio doméstico, tenés actitud física y el ingreso laboral...pero el combo es todo esto.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

*“Las cuidadoras propiamente dichas son contratadas por la familia y son personas que necesitan trabajar y **no son personas especializadas en la adultez**, tienen la tendencia a trabajar con adultos mayores pero no porque se han formado específicamente, y otros por necesidad en la práctica empiezan a aprender, es sobre todo para asistirlos.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)*

En el extracto de entrevista la médica da cuenta de que trabajar con residentes de una institución geriátrica precisa de una formación específica y experiencia en la temática ya que no es un simple trabajo de limpieza doméstica o el cuidado asimilable al de niñera, sino que las empleadas tienen que hacer diversos labores que exceden sus conocimientos y eso lleva a conflictos que podrían evitarse, así podemos verlo a continuación:

“Y ellos hacen muchos malabares y se encuentran con otras situaciones, tienen un contacto constante, asiduo y cotidiano. No están formados para el trato con el adulto mayor. Y eso hay que tenerlo en cuenta porque lo que vive el adulto mayor en una cierta etapa de su vida es cruel por contestaciones que reciben por el hartazgo de la insistencia, de la demanda. Con todo tipo de interacción familiar y el personal porque ellos son muy dependientes y repetitivos.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

La referencia a realizar “malabares” apunta a la dificultad que tienen empleadas y cuidadoras para sobrellevar situaciones que sobrepasan su experiencia debido a la falta de especialización en el tratamiento de adultos mayores. Dichas situaciones conflictivas conllevan, en la mayoría de los casos, en malos tratos por parte del personal hacia los residentes por sentimientos de hartazgo y cansancio frente a un trabajo para el cual no fueron adecuadamente preparadas. Diversos profesionales del campo gerontológico sostienen que *“la mayoría de las personas que actualmente, desde sus diversas especialidades, tienen algo que ver con los viejos no tienen los conocimientos gerontológicos necesarios para comprender la problemática de los viejos a los cuales asisten debido a la falta de una formación académica adecuada. Esa falta de capacitación generalmente termina por redundar en desmedro de los principales usuarios de los servicios, es decir, en los mismos viejos, con consecuencias desastrosas”* (Salvarezza, 2013:147)

La formación se presenta como importante ya que a partir de ella podrían romperse el cúmulo de representaciones sociales negativas de la vejez orientadas hacia los sujetos con los cuales el personal de la institución trabaja. De esta forma se entenderían los procesos sociales que hacen de un adulto mayor como tal con sus matices subjetivos. Es necesario ser capaz de comprender los despojos materiales que sufrieron, los cambios familiares y la inexistencia de un rol social específico que conlleva a retraimiento de los adultos mayores institucionalizados. Asimismo, la capacitación contribuiría a tomar a los residentes como sujetos autónomos, capaces de desarrollar su vida de forma independiente, realizando la mayor cantidad de tareas por su cuenta, para ello el personal de la institución debe estar formado para no convertir a los residentes en meros receptores de un trabajo sobre ellos, sino que el trabajo del personal contribuya a incentivar la autonomía de cada sujeto, favoreciendo al mejoramiento del autoconcepto sobre sí mismo.

La falta de formación gerontológica condiciona las prácticas viejistas que ubican a los adultos mayores como sujetos dependientes y pasivos, conllevando una actitud de indiferencia y cansancio. A través de contestaciones, malos tratos verbales o situaciones conflictivas que manifiestan un estado de estrés del personal debido a *“situaciones de tensión, que pueden traducirse en estados de angustia y ansiedad, creadas por factores externos, internos y la combinación de ambos, y que son vividos por los individuos, los grupos y/o las instituciones como una amenaza o agresión ante la cual, en muchas ocasiones, no se cuenta con los*

elementos necesarios para poder afrontarla y responder de forma adecuada” (Benatar, 1990:85), lo cual interfiere en el objetivo de la tarea de la institución que consiste en el bienestar del adulto mayor.

5.5. El cuidado corporal y emocional

El trabajo con la salud de otras personas es planteado como un trabajo complejo, delicado y fino, cuya palabra utiliza la enfermera para describir la cotidianeidad de su labor. Es un trabajo fino porque las profesionales -enfermera y médica- se encuentran con que los adultos mayores se presentan a las consultas por malestares tanto físicos como emocionales. Este tipo de consultas revisten de importancia ya que los residentes tienen necesidades emocionales que atañen a la disminución de vínculos sociales que van en detrimento de su salud física. Ello puede verse en los sentimientos de abandono, de carga, de ineptitud y soledad que los propios adultos mayores asocian a sí mismos y al resto de los residentes.

Dichas imágenes son presentadas por algunos miembros del personal de la institución ya que la falta de formación hace que piense a la vejez como un momento despojante de la vida, y lleva a tratar a los residentes como si no fueran capaces de realizar ningún tipo de actividades, ello contribuye a que los adultos mayores adopten esas características para sí mismos, y tanto sus pensamientos como los del personal actúan en vía de disminuir el autoconcepto de los residentes.

La atención a la salud en la institución geriátrica excede ampliamente las cuestiones físicas y comienzan a salir a la luz otros tipos de cuestiones que tienen que ver con los vínculos sociales y afectivos entre los residentes, con los familiares y el personal, lo cual repercute en la salud física del residente y se manifiesta por medio de diversos malestares:

“Lo que son significativo para ellos son todas las fiestas de la madre, del padre, del abuelo, navidad y año nuevo, eso determina el estado de ánimo porque está el que tiene el familiar y viene, el que tiene el familiar y no viene, el que no tiene a nadie, el que va a salir y el que no sale, y eso influye en su estado anímico, se ve en no comer, en no querer hacer nada, ahora por ejemplo que estamos a quince de diciembre ya tenemos dos o tres pacientes reclusos” (Entrevista Enfermera – 15/12/2016)

El tipo de vínculo que el residente mantenga con su familia tendrá su repercusión en las fechas claves e importantes que se nombran en el relato anterior, de forma que un disgusto o falta de cariño percibida respecto a su familia implica un dolor o molestia que lleva a realizar una consulta:

“Lo mismo pasa con el cumpleaños caen se dan cuenta, ya desde el día anterior están re ansiosos, te dicen que se van que lo van a venir a buscar para comer, a algunos los buscan y a otros no, y ahí vienen los dolores de

cabezas, las náuseas, y te das cuenta que no es un tema clínico sino que necesitan hablar para sentirse mejor. En ese sentido es un trabajo fino.”
(Entrevista Enfermera – 15/12/2016)

La referencia a la fecha de cumpleaños de los residentes y los consiguientes sentimientos asociados a las actitudes de la familia, son evaluados por la enfermera para caracterizar al trabajo con adultos mayores como un trabajo fino, y continúa argumentando:

“Este trabajo tiene mucho de afectivo por eso te digo que es algo fino en el sentido de saber determinar si es real o no un dolor o tal vez el dolor sea causa de no vino, no me llevó, no me llamó, mañana es mi cumpleaños o la muerte de mi marido, era mi aniversario. Y hay un millón de factores que te dan un diagnóstico cualquiera, capaz que ese dolor de panza o esos vómitos, tiene que ver atrás algo emocional, no necesariamente algo clínico, y eso sale conversando y se liberan conversando.” (Entrevista Enfermera – 15/12/2016)

Hemos visto que en ambas entrevistas aparece la referencia al malestar emocional debido al despojo, la falta del vínculo familiar y del acompañamiento en la situación de crisis que viven en la institución. De esta forma, la médica establece una diferencia entre el adulto mayor institucionalizado y el adulto mayor que vive en su hogar:

“Se ven más enfermedades cognitivas porque hace más tiempo que viven acá, lo que es más tiempo de despojos. Ves toda la evolución del deterioro con menos enfermedades físicamente graves. Se ve más el deterioro cognitivo por el pasar del tiempo, por el encierro, por el despojo, es como una realidad antagónica a lo que uno ve afuera. No hay tantos controles médicos afuera porque el paciente tiene que ir a la consulta pero neurológicamente quizás estás más despejado, más activo.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

Tanto la médica como la enfermera hacen alusión al malestar emocional, a los sentimientos, a los afectos, etc., como variables interaccionales y sociales que repercuten en la salud física y clínica de los residentes. Dichos malestares se manifiestan en relación a los vínculos afectivos con los familiares, como también plantean que la propuesta de actividades adecuadas para los adultos mayores puede contribuir a que se sientan mejor emocionalmente, es decir, establecen una relación entre actividades cognitivas, un residente ocupado y un mejor estilo de vida:

“Nosotros sabemos que una demencia vascular está solapada y latente hasta que una crisis la desencadena antes de tiempo, y todo esto que charlamos influye, por supuesto que hay un bagaje genético...pero el paciente que está feliz, distraído, que está ocupado cognitivamente es un paciente que lo

sobrelleva de otra manera y así la enfermedad se puede retrasar. Y hemos visto paciente que estaban aparentemente bien en la casa, mi primera entrevista con ellos fue una entrevista normal, estaban bien y estables con aptitud para el ingreso, y al cabo de un mes empezaron con una demencia que fue progresiva, al punto de que hoy algunos de ellos están totalmente desconectados, pacientes que no reconocen a sus hijos...y entonces te preguntas como puede ser? **Y de todo ese despojo y esa crisis surge esta enfermedad.** Porque como sabemos son muy vulnerables.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

La médica tiene en cuenta al sujeto como un todo tanto físico como emocional. En tal sentido, la situación de internación, el despojo material, la falta de vínculo familiar y las actividades recreativas insuficientes tienen injerencia en su salud. La crisis causada por el ingreso es bien conocida por todos los miembros del personal, por ello nuestros interrogantes también se orientaron para saber qué tipo de acciones lleva a cabo la institución para contribuir a nexos efectivos entre residentes y familiares:

“Sería muy importante tener un equipo contenedor en todo esto, un especialista en la inserción del paciente aquí en el hogar, tener un nexo con su familia, toda esta parte emocional. No hay un grupo que se encargue de esto. Entonces hay una falencia en esta institución en ese sentido. Nos metemos nosotros entre todo, con lo emocional y con lo clínico, tratas de intervenir, entonces llegó un momento que tratas de encargarte de un montón de cosas...pero mejor sería que existan espacios más específicos. No se por qué es...por una cuestión económica u organizativa, pero viste por ahí en los lugares privados es más difícil, en los lugares públicos se tiene en cuenta el trabajo multidisciplinario que es excelente. Es algo muy importante.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

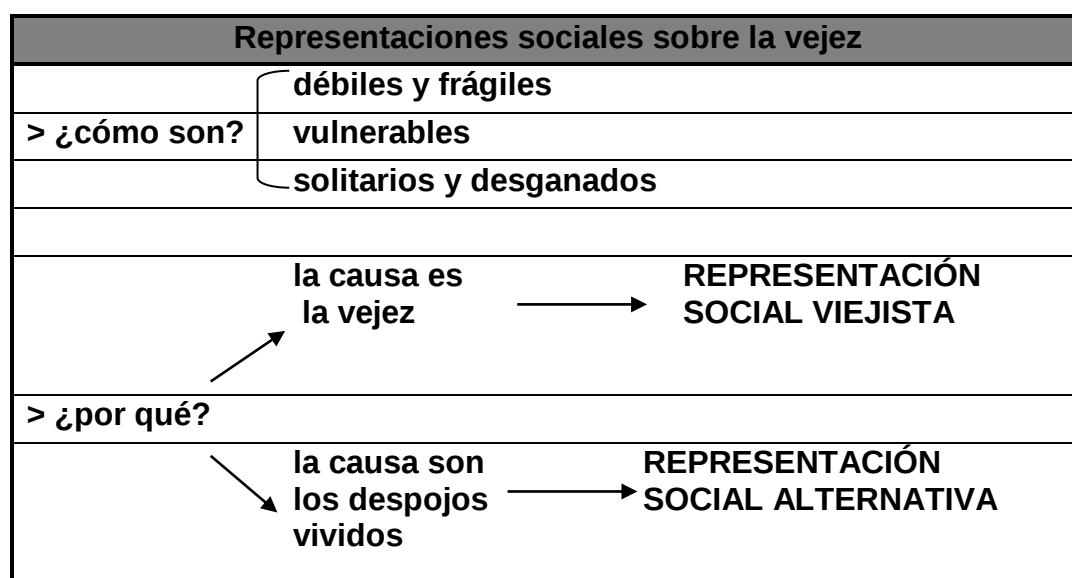
La organización de la institución geriátrica tiene de basamento una forma de organización exclusivamente bio-médica basada en brindar vivienda, alimento y atención a la salud de los adultos mayores. Dicho modelo olvida que los sujetos no son sólo un cuerpo biológico a mantener en buen estado, sino que cada sujeto es un cuerpo subjetivo, interaccional y social que se encuentra atravesado por las transformaciones sociales, las vicisitudes familiares y los cambios subjetivos. El olvido puede verse en la falta de actividades que promuevan un reencuentro con la historia del sujeto y su situación actual, dinámicas de grupo que posibiliten el fortalecimiento de lazos con la familia y el resto de los residentes, como así también se presenta la necesidad de brindar formación a todo el personal de la institución en el área gerontológica para que puedan abordarse las situaciones conflictivas de manera que el adulto mayor no siga sintiéndose relegado y ninguneado, y el personal tenga las herramientas precisas para poder sobrellevar esa situación.

La médica resalta la importancia de prevenir en salud física y emocional:

“Viste que en salud no se invierte en prevención, ninguna obra social invierte en prevenir, es mucho menos costoso pero todavía no hicieron un clic, pero si sabemos que si invertís en el personal especializado que estudió para tratar con adultos mayores, para incentivar la socialiabilidad, y la actividad, evitaríamos muchas enfermedades, mejoraríamos la calidad de vida, evitaríamos enfermedades cognitivas y físicas, porque primero no querés hacer nada, ni aprender, y después ya no te interesa comer, limpiarte o tomar agua, entonces son los pacientes que más se desnutren y deshidratan. Es como que hay que cambiar la institución o en realidad la sociedad.” (Entrevista Médica – 22/12/2016)

El relato de la médica deviene de la misma línea de reflexión anterior, enfatizando en la noción de que un sujeto emocionalmente contenido tiene menos probabilidades de enfermarse y deteriorarse, y más posibilidades de socializar, crear nuevos vínculos sociales, realizar actividades que incentiven su aprendizaje cotidiano, y seguir siendo un sujeto social autónomo, pues lejos de sentirse un peso y estorbo para la familia y el personal, va a poder revalorizar las actividades que pueda realizar por sí mismo.

Figura 3: Representaciones sociales sobre la vejez



Fuente: Elaboración propia

5.6. Líneas finales

La imagen del adulto mayor institucionalizado, desde el punto de vista del personal de la institución, en especial, de los cuidadores, está compuesta por un sujeto que ha ido perdiendo habilidades cognitivas, físicas, y sociales. De lo cual se estipula que el adulto mayor ha desaprendido todo a través del momento en que cada sujeto pasa a la vejez a partir del cual se pierden conocimientos y habilidades de acción. La imagen que exteriorizan los sujetos a

cargo del cuidado y mantenimiento de los residentes y del establecimiento, está enmarcada dentro de la representación social viejista que se tiene sobre los adultos mayores. Esta representación, sin embargo, presenta diferencias según el tipo de trabajo y la cantidad de contacto que mantengan con los residentes, las divergencias en las imágenes sobre la vejez pudieron rastrearse a lo largo del capítulo.

Por un lado, un grupo de personal compuesto por encargado, portero y empleadas domésticas tiene una representación social de los adultos mayores que está asociada a la noción de vejeísmo ya que construyen una imagen de abandono, soledad, desgano, retraimiento y una tendencia constante a perder capacidades; dicha representación social contribuye a una incomprensión de la situación vivida por los residentes e influye en la disminución de su autoconcepto y la calidad de vida.

Por otro lado, el grupo del personal compuesto por enfermera y médica construyen una representación social alternativa al discurso social dominante ya que sostiene que las razones que se esconden detrás de un sujeto desgastado, solitario y retraído corresponden a una incomprensión de las particularidades de la vejez. Esto se debe a que el personal de la institución que trata constantemente con los residentes no cuenta con los conocimientos necesarios para abordar situaciones conflictivas y complejas, contribuyendo a la destitución de adulto mayor como sujeto capaz de autonomía e independencia.

La representación social sobre los adultos mayores que maneja el personal no está exenta de las caracterizaciones que en la sociedad se hace sobre la vejez. Como hemos dicho, tales imágenes construyen un modelo negativo de la vejez que está asociada con pérdidas materiales y simbólicas, desposesión de roles y destitución de prácticas que hacen a un sujeto autónomo e independiente, y atribuyen a los adultos mayores una caracterización como dependientes y vulnerables. En este contexto, el trabajo del personal estará atravesado por esas imágenes, las cuales tendrán en cuenta para relacionarse con los residentes.

Al mismo tiempo, como hemos visto en capítulos anteriores, algunos residentes son identificados por otros adultos mayores, que están en igual condición de internación, como sujetos desposeídos, solitarios y retraídos. Esto se debe a que existe un deber ser “*adulto mayor*” estipulado por la sociedad que los sujetos asimilan y tienden a incorporarlo o, por el contrario, buscan una lejanía de esa concepción estereotípica.

Las identificaciones diversas pueden rastrearse en las representaciones sociales sobre sí mismos y los otros, y en prácticas que llevan a cabo en su vida cotidiana. Ello contribuye a que la representación social negativa de la vejez encuentre su nicho y pueda reproducirse en un contexto donde las posibilidades de autonomía se encuentran más restringidas. Los estereotipos sociales negativos sobre los adultos mayores se reproducen a través de canales, prácticas o actitudes que emergen en la institución.

En primer lugar, la identificación del adulto mayor como un sujeto vulnerable y necesitado de ayuda constante encuentra su justificación debido a la presentación de un cuerpo anciano enfermo, decrepito y oloroso. Es decir, un cúmulo de características físicas desagradables que se agregan a las desposesiones cognitivas, psíquicas y sociales, asociadas a un adulto mayor desprovisto de roles sociales y conocimientos adaptables a la realidad social.

En segundo lugar, la conceptualización social sobre el abandono de adultos mayores se hace extensible al personal de la institución. Ellos sostienen la idea sostenida por la suposición de que la mayoría de las familias utilizan la institución geriátrica como un lugar de depósito de sus familiares que ya no son útiles, alegando el abandono familiar.

En tercer lugar, la falta de conocimientos y formación específica con contenido gerontológico en el personal de la institución implica un desconocimiento de las circunstancias que vivencia el adulto mayor, de sus sentimientos respecto a la familia, de las formas de pensar y reaccionar frente al despojo que vivencia en la institución, y contribuye a reproducir los estereotipos negativos hacia la vejez.

La transformación de los estereotipos sociales adscriptos a los adultos mayores precisa de un contexto institucional donde el personal esté capacitado para sobrellevar situaciones de conflictos entre su trabajo y los adultos mayores. Asimismo tener la capacidad de mediar en situaciones complejas entre residentes desconocidos que deben dormir y comer juntos, al mismo tiempo que es necesario un espacio que ayude a la interrelación entre la familia y el adulto mayor, comprendiendo que mantener la idea de abandono familiar insiste en una justificación simplista sobre la situación real que viven las familias, y comenzar a comprender las experiencias familiares y subjetivas que llevaron a la internación. Asimismo, es totalmente necesario un espacio de contención para el personal de la institución que se encuentra en contacto cotidiano con los adultos mayores, viviendo situaciones conflictivas y complejas, discusiones subjetivamente demandantes y que pueden interrumpir un buen desarrollo de su trabajo.

Capítulo VI

Conclusiones

El abordaje de nuestra investigación estuvo centrado en la realización de una reflexión sociológica orientada a la comprensión de la experiencia del proceso de envejecimiento de adultos mayores que viven tal suceso en un contexto de institucionalización no deseado, aunque finalmente “voluntario” ya que los residentes debieron dar el consentimiento firmado a la institución.

En tal sentido, enfocamos nuestra mirada en representaciones sociales y prácticas que adultos mayores y miembros del personal tienen sobre el desarrollo de la vida de los residentes en la institución geriátrica. El énfasis comprensivo está orientado a indagar en torno a las pérdidas y adquisiciones, es decir, dar importancia a representaciones y prácticas des-socializadoras y re-socializadoras que tienen lugar en este contexto, entendiendo que podíamos aportar algo acerca de las segundas, comparativamente menos abordadas por los estudios socio-gerontológicos.

El conocimiento del universo organizativo del Hogar de Ancianos “San Vicente de Paul” nos permitió adentrarnos en la vida cotidiana de un conjunto de sujetos, los residentes, para los cuales otro grupo de sujetos, el personal de la institución están organizados con el objetivo de servir no sólo de lugar de vivienda, alimento y protección, sino como hogar y contexto de residencia actual.

El desarrollo informativo del ingreso y permanencia de los adultos mayores, así como de los espacios de los residentes y del personal, aquellos prohibidos, comunes y privados, nos dio una mirada amplia de la forma que toma la vida cotidiana de la institución. En ese marco institucional pudimos observar el desarrollo de herramientas desplegadas por parte de los adultos mayores tendientes a recalcar su identidad de residentes que vivencian la vejez institucionalizada, a través de distintos mecanismos de adaptación.

Proceso de desocialización

El conjunto de pérdidas y despojos están enmarcadas en la estructura organizacional de la institución y se encuentran reforzadas por una rutina diaria institucionalizada, la cual constituye una nueva y extraña organización de la vida cotidiana de los adultos mayores, consistente de la estructuración del día en horarios para alimentación y medicamentos, asistencia a los profesionales médicos, el control del cuidado y la limpieza del cuerpo.

El éxodo a la institución geriátrica constituye un proceso destituyente a partir del cual se transforma la vida de los adultos mayores, ello conlleva percibir un nuevo modo de temporalidad a partir del cual se organiza su cotidianeidad, donde existe un tiempo estancado y un tiempo acelerado. El *tiempo estancado* es aquel que ocurre en la institución en donde se valora, por parte de los residentes, el cuidado de su cuerpo, su alimentación, un lugar propio para dormir, y al mismo tiempo es cuestionado el tiempo que sobra, aquel tiempo sobrante es adjudicado a la falta de actividades interesantes e incentivadoras según sus propios intereses, frente a una vida institucional por demás de ordinaria, estructurada y aburrida. El *tiempo acelerado* es el tiempo de su vida en camino rápido hacia la muerte, puesto que, como expresan, saben que una vez que comienzan a vivir en la institución es la última parada y que allí se quedarán hasta su fallecimiento.

En el contexto institucional la vivencia de cada adulto mayor tiene la particularidad de desarrollarse rodeada de sujetos que comparten su misma edad, similares vivencias y razones de vivir en la institución. En la relación directa y constante con personas que comparten esa subcultura institucional comienzan a verse contrastes y similitudes con las diferentes formas que tienen los adultos mayores de evaluar sus prácticas y del resto de los residentes. De este modo, establecen dos categorías: los otros son evaluados como “viejos aburridos” y el propio adulto mayor se autopercibe como “persona activa”. La construcción de la alteridad y de la mismidad van en sintonía con representaciones sociales que conceptualizan a la vejez con pérdidas presupuestas, pérdidas reales, y sumadas generan sentimientos de inaptitudes, inutilidad, aislamientos, soledad y sentimiento de molestia. Estos sentimientos generan identificaciones asociadas a una vejez negativa que se encuentran intensificadas por la institución, lo cual lleva a concepciones sobre las capacidades propias y ajenas provenientes de los prejuicios asociados a la vejez desde la sociedad y la familia. En este sentido, tanto las transformaciones asociadas con el envejecimiento junto a las concepciones sociales sobre las pérdidas acarreadas en esta etapa de la vida y la merma en el control de la propia experiencia, funcionan para disminuir el autoconcepto.

El proceso creciente de desposesión vincular de sus afectos, de su autonomía para realizar actividades por sí mismos y la pérdida del control sobre decisiones que atañen a su vida, sumado a la experiencia del envejecimiento institucionalizado como un proceso aburrido y estancado en torno al paso de los días vacíos sin actividades valorables para hacer contribuyen a la construcción de una representación social de los adultos mayores como sujetos solitarios y aburridos, con ello producen una realidad social donde esos conceptos son tanto tomados por los miembros de otros grupos de edad, como por los propios adultos mayores, y se identifican con esas identidades.

La relación de correspondencia entre las normas sociales, preconceptos, significados sobre los sujetos y sus prácticas, y ello con las subjetividades, nos permite rastrear el preconcepto social de que la vejez es una etapa ineludiblemente repleta de pérdidas y por

ende todos los sujetos con ciertas características incluidos en ese grupo del ciclo vital, tienen comportamientos y características homogéneas. Este modo de pensar a la vejez y a los adultos mayores construye una caja cerrada de posibilidades y cierra el espacio a múltiples identidades y formas de vivir en envejecimiento.

Desde la perspectiva del curso de la vida, podemos ver las transformaciones del desarrollo humano en las complejas relaciones entre edad cronológica, los sistemas socio-normativos de edad y tiempo histórico, es decir, la manera en que cada individuo vivencia su experiencia vital de tiempo y edad que va moldeándose por medio de las disposiciones socio-normativas de edad, atravesando transversalmente por las transformaciones constante de la sociedad. En tal sentido podemos decir que sobre los adultos mayores recae un imaginario social que generaliza cuáles son sus capacidades y sus funciones y dis-funciones, asignándoles de modo adscriptivo características que no son propias de cada individuo particular, sino que los asocia a un grupo de características homogéneas y estándares, como la pérdida de aptitudes mentales, físicas o sociales, y se asume que con la vejez se inicia un trayecto ineluctable hacia la “invalidez”.

La institución: concepto y práctica

Debemos decir que la institución geriátrica constituye la continuación de representaciones sociales asociadas a los adultos mayores como sujetos desposeídos, en ese nuevo espacio de socialización verán reproducirse la mayoría de los estereotipos negativos proveniente del discurso viejista asociado a ellos mismos.

Las instituciones geriátricas parten de un modelo asilar y llevan a cabo prácticas asistencialistas para atender las necesidades básicas (de vivienda, cuidado de la salud y aseo personal) de los adultos mayores. La persistencia de dicha forma de organización podemos evidenciarla en la existencia de una observación y control constante sobre la salud física, la alimentación y el cuidado del cuerpo, otorgando los medicamentos necesarios para sus dolencias, tendiéndose a una práctica sobreprotectora y paternalista de los residentes, ello puede reflejarse en que las actividades cotidianas casi en su totalidad son realizadas por el personal de la institución. Este tipo de prácticas encuentra su justificación en la representación social dominante de la vejez como momento incapacitante y despojado de todo tipo de aptitudes para la vida cotidiana, ello proviene de las ideas, aún vigentes, de los modelos biologicistas de pensar el desarrollo humano y de la gerontología tradicional, quienes adhieren a la concepción del desarrollo como un proceso unidimensional desde el nacimiento hacia la muerte en clave de pérdidas y declinación, y por ello, los residentes serán vistos como sujetos dependientes que precisan de un acompañamiento continuo. Dichas imágenes son compartidas por el personal, la sociedad y los propios adultos mayores que, en muchos casos, adoptan esas identificaciones para sí mismos y tienden a sentir disminuida su autonomía por el sólo hecho de “ser viejos”, lo cual influye en el trabajo cotidiano del personal institucional ya

que observan en su práctica a sujetos desganados, solitarios y retraídos llevando a pensar que los adultos mayores tienen disminuidas sus posibilidades de realizar actividades cotidianas.

La utilización del concepto de “institución total” sigue teniendo sentido y validez en tanto que todas las actividades de la vida de los residentes tiene lugar dentro de la institución geriátrica, además la idea de que todos los adultos mayores conforman un grupo heterogéneo que vive en una comunidad igualadora de intereses y gustos, al mismo tiempo que existe una rutina cotidiana normativamente establecida con horarios de alimentación, asistencia semanal al médico y horarios de visitas familiares, como así también los diversos niveles de salidas restringidas que tienen los residentes según sus familiares estipulen que son más o menos independientes, además existe un control de división entre hombres y mujeres no sólo en sector sino una supervisión de que se realicen encuentros de ambos sexos en las habitaciones, con un claro sesgo viejista sobre las relaciones amorosas en la vejez, con lo cual vemos que el modelo organizacional de la institución geriátrica aún lejos de garantizar relaciones de género diversas. A ello se le suma la pérdida de intimidad y privacidad que viven en la institución.

Dicha forma de gestión de la vida de los adultos mayores, produce transformaciones disminuyentes de la autonomía de los sujetos que viven en este contexto. El carácter matizado de la aplicación de dicho concepto que realizamos en nuestra investigación, podemos enunciarlo en la inexistencia del sistema de premios y castigos, prohibiciones de permanecer en sectores compartidos y en el hecho de que la participación en actividades recreativas para el tiempo libre están supeditadas a la elección de cada residente.

Las desposiciones en el contexto institucional

La imagen que exteriorizan los sujetos a cargo del cuidado y mantenimiento de los residentes y del establecimiento, está enmarcada dentro de la representación social viejista que se tiene sobre los adultos mayores. Esta representación, sin embargo, presenta diferencias según el tipo de trabajo y la cantidad de contacto que mantengan con los residentes, las divergencias en las imágenes sobre la vejez pudieron rastrearse en nuestra investigación.

Por un lado, un grupo de personal compuesto por encargado, portero y empleadas domésticas tiene una representación social de los adultos mayores que está asociada a la noción de viejismo ya que construyen una imagen de abandono, soledad, desgano, retraimiento y una tendencia constante a perder capacidades; dicha representación social contribuye a una incomprensión de la situación vivida por los residentes e influye en la disminución de su autoconcepto y la calidad de vida. Por otro lado, el grupo del personal compuesto por enfermera y médica construye una representación social alternativa al discurso social dominante ya que sostiene que las razones que se esconden detrás de un sujeto desgano, solitario y retraído corresponden a una incomprensión de las particularidades de la vejez. Esto se debe a que el personal de la institución que trata constantemente con los residentes no cuenta con los conocimientos necesarios para abordar situaciones conflictivas y

complejas, contribuyendo a la destitución de adulto mayor como sujeto capaz de autonomía e independencia.

Es necesaria una práctica institucional tendiente a que los adultos mayores puedan aprender lo aparentemente desaprendido y sepan desarrollarse en su vida cotidiana sin precisa de ayuda constante, contribuyendo a un mejoramiento de su autonomía lo cual conlleva un realzamiento del autoconcepto que tienen sobre sí mismos y un mejor estado de ánimo general.

Proceso de resocialización

El proceso de envejecimiento está constituido como una transformación constante de las identidades y capacidades que tenga cada sujeto frente a los cambios que se enfrenta en su experiencia vital, por ello este modo de pensar se aleja de la concepción unidimensional de la vida con el único destino colmado de pérdidas.

La manera de entender las transformaciones en la vida de los sujetos a través de esta forma procesual, implica alejarse de la concepción de que existe una sola forma ser sujeto social que es fija, estable y universal, sino que más bien existen múltiples y diferenciadas maneras de construirse como sujetos sociales, con variabilidades en el impacto que las transformaciones sociales puedan tener sobre las biografías individuales, y en ese sentido, es preciso tener siempre presente que la vida es un constante balanceo entre pérdidas y adquisiciones en base a las expectativas y posibilidades que se establezcan sobre los proyectos esperados como factibles de realizarse.

Al enfocar nuestra mirada teniendo en cuenta la visión del curso de la vida, pudimos observar las prácticas alternativas y/o paralelas al discurso institucional que, por parte de los adultos mayores, dan cuenta de un despliegue de estrategias, relaciones y prácticas que abonan al realzamiento identitario de los residentes. De este modo vimos que los adultos mayores están posicionados frente a un estereotipo compasivo que les imputa atributos débiles, negativos y destituyente de su autoconcepto. Viven en una situación donde el ritmo en que desean realizar sus actividades está desincronizado con las representaciones sociales sobre una vejez dependiente. A través de las prácticas alternativas al discurso institucional, los residentes pueden modificar la noción de sucesos lineales que llevan a un solo destino, y muestran la posibilidad de que los sucesos sean pensados a través del entrelazamiento de nudos y como instancias de un devenir posible de proyectarse.

La reconfiguración identitaria es un proceso intersubjetivo que vivencian los sujetos a través del cual construyen su relación con los ámbitos cultural, político, social e ideológico marcado por una temporalidad que mantiene a la vida de cada sujeto en constante transformación, teniendo que reconstruir los conceptos de sí mismos en cada evento que constituya una crisis identitaria en diversos niveles (sexual, interaccional, corporal, actitudinal y

funcional), llevando a una reconstrucción de las representaciones y los discursos que construyen sobre sí mismos, mostrándose como sujetos que están siendo de forma constante.

Las adquisiciones corresponden a un conjunto de “pequeñas-grandes-alegrías” en tanto que los adultos mayores en contextos sociales diversos despliegan estrategias de adaptación que les permite salir airoso de situaciones de crisis y restrictivas como es la institucionalización no deseada, a través de prácticas creativas para resignificar el concepto que los otros tienen sobre sí mismo.

La tarea de investigación que nos propusimos consistió en indagar el proceso de des-socialización en conjunto con pérdidas materiales, simbólicas, sociales y afectivas que viven los adultos mayores en la institución geriátrica, como así también el hecho de haberle dado lugar a las prácticas de los sujetos tendientes hacia un proceso de re-socialización sumado a unas herramientas de acción que denotan ganancias subjetivas.

La doble perspectiva puesta en juego en esta investigación buscó dar cuenta de los constantes procesos oscilantes que ocurren en la vida de todo sujeto en donde los cambios sociales, históricos, culturales y familiares tienen injerencia en las transformaciones identitarias de los sujetos. Dicha situación se presenta de igual manera en la vejez si enfocamos la mirada a partir de una perspectiva procesual que irrumpa con la imagen errónea y desdibujada de una vejez única para todos los sujetos, y pueda verse al envejecimiento como un proceso que todos los sujetos atraviesan con diferencias subjetivas, culturales y sociales. La perspectiva adoptada nos permitió enfocar una mirada amplia sobre la vejez institucionalizada en la cual puedan tenerse en cuenta las estrategias desplegadas por los adultos mayores para evadir –o al menos intentar evadir-, constantemente, la concepción de sí mismos que tiene la institución geriátrica.

Para continuar con los estudios sobre el proceso de envejecimiento en la ciudad de Santa Fe, nuestra propuesta apunta a:

- analizar la vivencia de adultos mayores que participan en actividades de clubes vecinales y centros de jubilados
- reflexionar sobre la manera en que mujeres y hombres viven la viudedad
- indagar en las relaciones entre los adultos mayores y sus familiares cercanos en consonancia con la perspectiva de los cuidados delegados a cuidadoras formales en los hogares, centros de día e instituciones geriátricas
- analizar el impacto de políticas públicas orientadas hacia los adultos mayores en ámbitos culturales, deportivos, de participación ciudadana y en previsión social

Bibliografía

Abric, J. C. (Ed.) (2001) *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.

Bajtín, M. (1998) *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento: el contexto de François Rabelais*. Madrid: Alianza Editorial.

Barenys, M. P. (1993) Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. **REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas**. España. ISSN 0210-5233. Nº 64, págs. 155-174. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=767359>

Bazo, M. T. (1991) Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. **Reis: Revista española de investigaciones sociológicas**. ISSN 0210-5233, Nº 53, p. 149-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758587>

Beauvoir, S. (1970) *La Vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Benatar, R., Frías, R. y Kaufmann, A. (1993) *Gestión de las residencias de tercer edad*. España: Ediciones Deusto.

Berger, P. (1999) *Risa redentora: la dimensión cómica de la experiencia humana*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012) La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. **Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo – Estudios culturales – Narrativas sociológicas y literarias**. NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) Nº 19, Invierno 2012, Santiago del Estero, Argentina ISSN 1514-6871 Disponible en: www.unse.edu.ar/trabajosociedad

Bourdieu, P. (1999) *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1997) Residencias para ancianos. ¿Solución o problema?. En José Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (p. 233-246). España: Biblioteca Nueva.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Ed. Los libros de la catarata.

Carrasquer Oto, Pilar (2013) El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. **Cuadernos de Relaciones Laborales**. ISSN: 1131-8635 Vol. 31, Núm. 1 (2013) 91-113. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41633

De los Reyes (2001) Construyendo el concepto cuidador de ancianos. **IV Reunión de Antropología Do Mercosul Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR**. Curitiba. Brasil.

De los Reyes, M. C. (2007) *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Disponible

de:https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf

Elias, N. (2009) *La soledad de los moribundos*. México: FCE.

Ferrero, A. (comp.) (1998) *Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes*. Buenos Aires: Atuel.

Freud, A. (2015) *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Freud, S. (2013) *Sigmund Freud. Obras completas: volumen 22*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gastron, L. y Oddone, M. (2008) Reflexiones en torno al tiempo y el paradigma del curso de vida. **Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines**. Volumen 5. Nº 2 Número especial. El envejecimiento y la vejez: otras perspectivas. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Gastrón, L. (2003) Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez. **La Aljaba, segunda época** (8), 177-192. Disponible en: <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/n08a09gastron.pdf>

Gastrón, L. (Coord.) (2013) *Dimensiones de la representación social de la vejez*. Mar del Plata: Eudem/UNMDP.

Gayol, S. y Kessler, G. (2011). La muerte en las ciencias sociales: una aproximación. **Persona y sociedad**. Universidad Alberto Hurtado. Vol. XXV / No 1, p. 51-74. ISSN 0719-0883. Disponible en: <http://personaysociedad.cl/ojs/index.php/pys/article/view/162/115>

Goffman, E. (2009) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goffman, E. (2012) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

González Méndez (2014) *Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social*. **Trabajos de Grado Cider**. Universidad de los Andes. CIDER. Ediciones Uniandes. Bogotá, Colombia. ISBN: 978-958-774-025-7. Disponible en: http://cider.uniandes.edu.co/Documents/Trabajos%20de%20grado/CuidadoVejez_finaL_29.pdf

Grin Debert, G. (2011) *La reinención de la vejez*. Buenos Aires: Siglo XXI Editora Iberoamericana.

Guber, R. (2004) La entrevista antropológica: introducción a la no directividad y La entrevista antropológica: preguntas para abrir los sentidos. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Guber, R. (2014) *La etnografía. Método, campo y reflexibilidad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Guber, R. (2014) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Hochschild, A. (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. España: Katz Editores.

Iacub, R. (2006) *Erótica y vejez. Perspectivas de occidente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Iacub, R. (2014) *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. **Cultura y Representaciones Sociales. Educación básica e inclusión: un estudio de representaciones sociales**, p. 593. Disponible en: <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/JODELEt.html>

Larrain, J. (2003) *El concepto de identidad*. **Revista FLAMECOS**, Porto Alegre, nº21, agosto 2003, quadrimestral. Disponible en: <http://revistas.univerciencia.org/index.php/famecos/article/viewfile/348/279>

Le Breton, D. (2011) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ludi, M. C. (Coord.) (2014) *Envejecimiento y espacios grupales*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Manciaux, M. (2003) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.

Mayobre, Purificación y Vázquez, Iria, (2015). Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, 151: 83-100 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.83>

Meccia, E. (2010): clase teórica sobre etnografía en la materia “Metodología de la Investigación Cualitativa”, Carreras de Sociología y Ciencia Política, Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral. (inédito)

Meccia, E. (2016): clase teórica sobre entrevistas no directivas en la materia "Metodología de la Investigación Cualitativa", Carreras de Sociología y Ciencia Política, Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral. (inédito)

Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1995) *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

Neugarten, B. (1999) *Los significados de la edad*. Barcelona: Ed. Herder.

Oddone, M. J. y Lynch, G. (2008). Las memorias de los hechos socio-históricos en el curso de la vida. **Revista Argentina de Sociología**, Año 6 N° 10, p. 121-142. ISSN 1667-9261. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100009

Osorio, P., Torrejón, M. J., Anigstein, M. S. (2011) Calidad de vida en personas mayores en Chile. **Revista Mad. Universidad de Chile**. (N° 24):p. 61-75. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>

Partesani Rodriguez, Guimaraes de Andrade y Marques (2001) Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 7-12. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11524>

Pinazo-Hernandis, Sacramento (2013) Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. **Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales**, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 252-282) ISSN: 2254-724X. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/infantilizacionpinazo.pdf>

Ramos, F. (1997) Psicología de la muerte y la vejez. En José Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (p. 169-182). España: Biblioteca Nueva.

Reglamento de Geriátricos – Ordenanza N° 9378/1991. Disponible en: <http://www.santafeciudad.gov.ar/gobierno/normativa/ordenanza/943.html>

Reglamento de ingreso y convivencia al Hogar de Ancianos "San Vicente de Paul"

Salvarezza, L. (2013) *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Sánchez Vera, P. (2016). *Editorial. Vejez y Género. Algunos Conceptos para el Análisis y el Debate*. **Research on Ageing and Social Policy**, 4(1), 1-21. Disponible en: doi: 10.17583/rasp.2016.1881

Schutz, A. (1974) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Schutz, A. (1986) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Schutz, A. y Luckmann, T. (2009) *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Scribano, A. (2008) *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.

Simmel, G. (1939) *Sociología*. Madrid: Esása Calpe.

Sudnow, D. (1971) *La organización social de la muerte*. Buenos Aires: Editorial Tiempo contemporáneo.

Thomas, L. V. (1983) *Antropología de la muerte*. México: FCE.

Torns, Teresa (2008) El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. **EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales**. N.º 15, enero-junio, pp. 53-73. ISSN: 1139-5737. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045003.pdf>

Valle, M. (2007) *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Yuni, J. A. (Comp.) (2011) *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Coedición Grupo Editorial Encuentro-Facultad de Humanidades (UNCa).

Anexo 1

Un día en el taller de memoria

Es preciso volver a los inicios del trabajo de campo para que el lector comprenda la exposición de este apartado. En el momento de elegir el Hogar de Ancianos “San Vicente de Paul” como espacio donde situar la investigación, comencé a observar que es una institución con amplios espacios y una elevada cantidad de residentes, lo cual en un principio pareció un problema debido a que en las jornadas de observación veíamos que los adultos mayores estaban muy dispersos en el espacio y ello pareció un problema para comenzar con el rastreo de información necesaria para responder nuestra pregunta de investigación. En tal sentido, los aportes de Rosana Guber en *La etnografía. Método, campo y reflexividad* (2014) fueron de una importancia clave ya que las guías, recursos y formas de observación que nos propone sirvieron para que podamos situarnos en el espacio que pretendíamos analizar, por este motivo comencé a participar de una actividad que tiene continuidad en la institución: el taller de memoria.

“Un martes puede ser, para cada uno de nosotros, un día más con obligaciones de trabajo y estudio, o tiempo libre. En la institución, ese mismo martes, tiene una importancia clave para algunas residentes ya que es el día fijado para el taller de memoria. La clase comienza a las 16.30 hs, llego un rato antes y pido al portero el ingreso, me dice “te están esperando”. A continuación, tomo el trayecto por el pasillo central, a la derecha aún hay residentes sentados en el comedor al terminar la merienda, y a la izquierda, en la zona de descanso, otros residentes están sentados viendo televisión. Al terminar el pasillo, giro a la izquierda y llego a la clase del taller de memoria.

Ilustración 1: Comedor



Fuente: <http://hogarsanvicente.com.ar/>

Las participantes están terminando de llegar y la profesora, mientras conversa, reparte las carpetas con actividades. Las residentes comentan que el sábado se realizó una feria americana en el patio y jardín de la institución que fue abierta para el barrio, para los residentes los objetos eran vendidos a un bajo precio, evalúan que fue una actividad interesante porque participaron muchas personas y, como expresan, “pudimos ver otras caras y la gente fue muy amable con nosotras”, al mismo tiempo que se escucha de la otra punta de la mesa, “igual mucha gente de acá tenía mala onda con la actividad, pero bueno...viven enojadas esas viejas”. En otras voces se escucha “es lindo cuando vienen ustedes (señala a la profesora y a mi), o mis nietos porque me gusta escuchar todo lo que nos cuentan, y no nos retan como mis hijos, no se...se creen que estoy tonta, por eso, hablar con personas más abiertas me hace sentir que sigo estando en el mundo”.

Ilustración 2: Patio interno



Fuente: <http://hogarsanvicente.com.ar/>

A continuación comienzan las actividades. La profesora escribe en el pizarrón palabras sin sentido que al ordenarlas deben formar nombres de animales. Al terminar la actividad anterior, se reparten fotocopias de una sopa de letras con palabras referidas a profesiones. Cuando terminan ambas actividades, la profesora presenta una actividad oral en la que cada participante cuenta cual fue la época de su vida que más le gustó, describiendo la actividad y vestimenta favorita, lo cual conlleva a conversar sobre las experiencias de cada participante.

Ilustración 3: Patio trasero



Fuente: <http://hogarsanvicente.com.ar/>

Para terminar la clase, una residente pide un momento para leer relatos seleccionados de Eduardo Galeano sobre el amor, las mujeres y los amigos. A partir de esas lecturas comenzó un debate sobre las experiencias de cada una y siguió con sus opiniones sobre las relaciones actuales, tanto propias como de la sociedad en general.

Alrededor de las 18 hs comienzan a irse participantes y se da por finalizada la jornada.”

El comienzo de mi participación en el taller consistió en una presentación la profesora y las residentes contando que estudio sociología y estoy interesada en la convivencia en el hogar, a continuación empecé a participar de las actividades como un miembro más de la clase que realizaba todas las actividades y eventualmente ayudaba a resolver ejercicios.

En las siguientes clases la dinámica consistió en una conversación introductoria sobre la semana en torno a las actividades, visitas de familiares, narración sobre malestares vinculados a otros residentes o el personal de cuidado, o las noticias sobre nuevos residentes. Por otro lado, las actividades realizadas en el taller de memoria varían entre ejercicios de matemática, sopa de letras y memoria, y al finalizar la profesora pide que alguna de las participantes lea un relato corto para iniciar el debate sobre distintos temas.

La participación activa durante un período de tiempo hizo que pueda conocer algunas prácticas y discursos que dan forma al clima institucional en el cual los adultos mayores desarrollan su cotidianeidad. El aprendizaje sobre la vida cotidiana estuvo dada por las voz de distintas residentes que llevan un tiempo viviendo en la institución, lo cual les da un conocimiento sobre los diversos lugares permitidos y prohibidos, así como también las diversas actividades oficiales y extraoficiales, es decir, aquellas formadas por los residentes, además de las divisiones por zonas según niveles de autonomía funcional.

La información que pude recopilar en las participaciones en el taller de memoria fue crucial para comprender la distribución de los sujetos y las actividades en el espacio, como así también conocer las rutinas que pueden evadirse y otras que deben cumplirse. Asimismo, el contacto con las asistentes al taller de memoria me ayudó a tejer redes para poder entablar conversaciones naturales y participar en actividades extraoficiales que fueron el sustento de mi trabajo de campo.

ANEXO 2

Reglamentaciones

Reglamento de Geriátricos – Ordenanza N° 9378/1991

Reglamento de ingreso y convivencia al Hogar de Ancianos “San Vicente de Paul”

*Los documentos de reglamentos fueron facilitados por el encargado de la institución en fotocopias por lo cual serán anexados de forma manual luego de ésta página (156)