TENDENCIAS

Cuidar al otro
La carrera moral del adulto dependiente

Cuidar al otro
La carrera moral del adulto dependiente

José Alejandro Meza Palmeros
Luz Alejandra Escalera Silva

Universidad Autónoma de Nuevo León

Meza Palmeros, José Alejandro, autor
Cuidar al otro : la carrera moral del adulto dependiente / José Alejandro Meza Palmeros y Luz Alejandra Escalera Silva. Monterrey, N.L., México : Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, 2017. 166 páginas : ilustraciones ; 21.5 cm.
(Colección: Tendencias)

ISBN:____

1. Adultos mayores – México – Condiciones sociales. 2. Adultos mayores – Aspectos sociales – México. 3. Adultos mayores – Derechos civiles – México. I. Escalera Silva, Luz Alejandra, coautora

LC: HQ1064.M4 M39 2017 Dewey: 305.260972 M617c

Padre Mier No. 909 poniente, esquina con Vallarta. Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000.
Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095.
e-mail: editorial.uanl@uanl.mx
Página web: www.editorialuniversitaria.uanl.mx

Impreso en Monterrey, México.
Printed in Monterrey, Mexico

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

CASA UNIVERSITARIA DEL LIBRO
EDITORIAL UNIVERSITARIA UANL

Contenido

Agradecimientos

A María Teresa Obregón M , directora de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su compromiso con generación de conocimiento.

A Luz Amparo Silva Morín, Coordinadora de Inclusión y Equidad Educativa Universitaria de la Universidad Autónoma de Nuevo León sin cuyo apoyo no habría sido posible la realización de este libro.

A Eduardo Núñez, por su colaboración y entrega en el bienestar de los adultos mayores.

Introducción

La sociedad tiene una manera particular de considerar a los adultos dependientes, que responde a un conjunto de valoraciones acerca de la inclusión de estos mismos en la vida social y productiva, y respecto a los tipos de cuidado del que son objeto. De esta forma se constituyen instituciones específicamente para otorgar un cuidado que se considera necesario y que difiere del brindado por sus familiares o allegados en su profesionalización, es otorgado cuando estos allegados se ven imposibilitados para brindarlo o simplemente esta red de vinculación es inexistente.

Aunque una condición de nuestra existencia como seres vivos es la interdependencia, es decir necesitarnos los unos a los otros para subsistir, el 13% de la población en el mundo presenta alguna condición que lo inhabilita para realizar incluso las actividades más básicas para su sobrevivir como comer, vestirse o asearse, es decir, su subsistencia depende del cuidado de alguien más. Este 13% podría doblarse en el año 2050 afectando fundamentalmente a personas de bajos ingresos (OMS, 2008).

Descartando la infancia, en donde la dependencia es una situación universal, transitoria e inherente al desarrollo, en los

adultos sus causas son múltiples. Podemos afirmar que la dependencia se encuentra presente de alguna forma en cualquier situación que involucre un daño a la salud. Cualquier entidad que haga referencia a la enfermedad en cualquier modelo médico, desde el hegemónico o alópata hasta cualquier modelo alternativo conocido se encuentra acompañada de un deterioro de la autonomía. Sin embargo la característica de este tipo de dependencias es su transitoriedad, y el sujeto, si logra sortear la dificultad retomará su vida y se incorporará a su rol en la sociedad. En caso de que esta dificultad supere sus estrategias, morirá o desarrollará una discapacidad, situación que generará un nuevo tipo de dependencia en mayor o menor grado. Esto ha sido objeto de estudio de innumerables trabajos de carácter sociológico, antropológico y epidemiológico.

Existen situaciones que provocan una dependencia de carácter permanente y los cuidados a partir de su aparición tendrán que ser brindados de por vida. Muchas son las enfermedades que pueden derivar en esta situación; algunas deteriorando el cuerpo hasta llegar a la inmovilidad, otras, deteriorando la mente hasta la interrupción total de la comunicación con el medio. Ambos deterioros minan la capacidad para el autocuidado.

Indudablemente es en la vejez donde se presenta con más frecuencia una situación de dependencia; estudios llevados a cabo en México en esta población, mayores de 65 años, (Barranges et al, 2007), han encontrado que hasta el 47% de los individuos estudiados presenta algún tipo de dependencia. De este porcentaje, el 24% corresponde a una afectación en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, manifestándose en el 6% una forma considerada severa. A su vez, el deterioro cognitivo explica una gran parte de este último tipo de dependencia (Gutiérrez y Arrieta, 2015).

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión señala 100 tipos de enfermedades metales. De estas únicamente cuatro tipos corresponden al grupo de las demencias, reconocidas por ser las que explican la mayor parte de las causas del deterioro cognitivo severo en la población adulta. Estos cuatro tipos de demencias que se mencionan son por Alzheimer: demencias de origen vascular, demencias no especificadas y demencias clasificadas en otra parte que integra demencias provocadas por causas infecciosas, metabólicas y otras más, sumando en total 42 entidades clínicas (OMS, 1992).

Se calcula que la prevalencia en México de demencia es del 5% de la población mayor a los 65 años (Mejía y Gutiérrez, 2011). Si consideramos que tan solo dentro de esta categoría médica se integran como ya mencionamos 42 enfermedades, sin contar las demás patologías que provocan un deterioro cognitivo, estamos hablando que existe una diversidad importante de causas que provocan una dependencia total. Sin embargo, como argumentaremos más adelante, esta diversidad acompañada de una pluralidad de grados de afectación en la autonomía es concebida y por consiguiente intervenida socialmente de una manera más o menos estandarizada.

Por diferentes motivos, como parte de una pauta social, es cada vez más frecuente que los adultos dependientes terminen sus días en un lugar dispuesto para proveer cuidados en general denominado como casa de asistencia, estancia o asilo. Este fenómeno es una tendencia a nivel mundial y se desarrolla sobretodo en sociedades industrializadas (Carrière, 1993). No obstante su ubicuidad en este tipo de sociedades constituye un fenómeno que como cualquier fenómeno social, no está desprovisto de una fuerte determinación moral. La institucionalización de una persona, en nuestro caso de un adulto dependiente, se da en el marco de una serie de decisiones respecto a lo que es correcto y aceptado socialmente. En este sentido, de una serie

de valoraciones respecto a la forma en que un sujeto es situado socialmente lo que atañe dos cuestiones fundamentales: ¿quién debe ser considerado como dependiente? y ¿cuándo y por qué motivos debe ser institucionalizado?

La trayectoria social de los adultos dependientes está atravesada por un persistente menosprecio. Constituyendo las menores prioridades en los programas sociales, y en ocasiones de la familia, para la mayoría de esta población el deterioro de su autonomía personal se traduce en un deterioro de su dignidad. Su trayectoria parte de un contexto de vulnerabilidad que en muchas ocasiones es el principal determinante para el desarrollo de su dependencia, para constituirse en víctimas frecuentes de maltrato y olvido. Por ejemplo Mancinas y Ribeiro (2010) han documentado, para el caso de los adultos mayores de Nuevo León, que en el ámbito familiar, tanto las enfermedades crónicas como la incapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria son predictores muy claros para sufrir maltrato. Aspecto que como los autores mismos señalan, no puede separarse de las valoraciones negativas que la sociedad realiza respecto a la vejez y por supuesto respecto a la dependencia.

Fuera del ámbito familiar, los adultos dependientes pertenecen a grupos sociales que como los ancianos en situación de pobreza, son invisibles para la política social, subsistiendo por medio de la ayuda material provista por familiares y por algunas intervenciones de asistencia social incluyendo la caridad (Pelcastre et al, 2011). Basta seguir el gasto público en salud de programas como el denominado "para elevar la calidad de vida del adulto mayor" para darnos cuenta de la posición que tienen estos grupos sociales dentro de las prioridades políticas en algunos estados: de acuerdo a la información que reporta el Subsistema de Cuentas en Salud (SICUENTAS), existe a nivel nacional una tendencia a disminuir el dinero ejercido en este programa, sin embargo en Nuevo León, el total del gasto público

destinado a elevar la calidad de vida de los adultos mayores disminuyó de 2 141 pesos en el 2013 a noventa y cuatro pesos en el año 2014 (anexo 1). Además es notorio que en los años anteriores el gasto público en salud para este programa fue a expensas del dinero financiado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que supone un gasto prácticamente nulo para la población no afiliada a este subsistema.

De acuerdo a lo expuesto, la trayectoria social de los adultos dependientes tiene que ver directamente con la dignidad; con la manera en que esta se modifica a partir de que un deterioro severo en su autonomía lo sitúa dentro de una categoría social particular y que como parte de este mismo trayecto, será institucionalizado.

El objetivo de este trabajo es reconstruir la carrera moral, en el sentido, como abordaremos posteriormente, de la sucesión de eventos constitutivos de la trayectoria social experimentada por un conjunto de sujetos que pertenecen a una misma categoría social que podemos señalar como *adultos dependientes* y que aún con una gran diversidad en las causas, manifestación de esta dependencia o el tipo de cuidados requeridos, sufren un destino similar: la institucionalización o la derivación a un alojamiento especial en donde recibirán cuidados profesionales y normativizados. Es de suponer que el grado de alineación con las normas establecidas para el cuidado de adultos dependientes difiere de acuerdo al establecimiento. Esto indudablemente tiene connotaciones importantes para el bienestar y la dignidad de las personas alojadas en estancias y puede considerarse parte de la calidad del cuidado brindado, sin embargo es necesario aclarar que evaluar esta calidad no es parte de los alcances del presente trabajo.

El libro está estructurado de la siguiente manera: en un primer apartado se sitúa el marco de los Derechos Humanos rela-

cionados con los adultos mayores, para posteriormente señalar la definición que desde el marco jurídico se hace al concepto de dignidad, ya que consideramos fundamental señalar la protección que normativamente se ha construido en relación a este derecho y los relacionados dirigidos a proteger la integridad de la población señalada. Aunque como hemos discutido, la dependencia no es una situación privativa de la vejez, si es en esta población donde se presenta con mayor frecuencia, motivo por el que dirigimos nuestra atención a la dependencia relacionada sobre todo con la edad, además de que es esta población la que con mayor frecuencia es institucionalizada debido al deterioro de su autonomía.

En un segundo apartado se presenta de manera breve algunas estadísticas respecto a la población institucionalizada en Nuevo León a manera de caracterizar el contexto de la investigación. En el tercer apartado se presenta el marco conceptual que orientó nuestro análisis, sobre todo con el fin de aclarar la manera en que manejamos los conceptos centrales de dicho marco, como son *categoría social y carrera moral* desde la perspectiva en que han sido empleados por la antropología y la sociología médica.

Finalmente presentaremos los resultados a partir de las categorías analíticas que en su mayor parte fueron obtenidas a partir del marco expuesto, aunque también presentaremos categorías emergentes, es decir, que nos sirvieron para describir y explicar elementos no considerados previamente y que surgieron a partir de los hallazgos de la investigación.

1. Los Derechos de las personas mayores en el ámbito internacional

Breve historia sobre la evolución de los derechos humanos de las personas adultas mayores

A lo largo del tiempo se han encontrado varias iniciativas propuestas, presentadas y discutidas en las Naciones Unidas para lograr una declaración sobre los derechos de las personas adultas mayores.

El país pionero en el tema de derechos de los adultos mayores es Argentina que en 1948 presentó ante la Asamblea General de las Naciones Unidas la Declaración de los derechos de la vejez, considerando los derechos a la asistencia, la acomodación, los alimentos, el vestido, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y el respeto. En la Resolución 213 (III) de 1948 de las Naciones Unidas, la Asamblea General solicitaba al Consejo Económico y Social que examinara y presentara un informe sobre los derechos de la vejez. Al año siguiente, en la resolución E/1219 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, sugiere al Secretario General la elaboración de un documento sobre las disposiciones legislativas referentes a la vejez, especialmente en países con sistemas de seguridad social para vejez y el efecto de tales disposiciones, dicho documento sería sometido a la Comisión de asuntos sociales y a la comisión de derechos del hombre en su pró-

ximo periodo de sesiones. El tema no volvería a tomarse sino hasta 1982, con la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, celebrada en Viena, donde se aprobó el Plan de acción Internacional sobre envejecimiento.

Aunque el plan internacional de acción sobre el envejecimiento de 1982 significó un gran avance en la materia, no representó mayor cambio ni llegó al público en general. Fue por esta razón, que una institución sin fines lucrativos, la Federación Internacional de la Vejez (FIV) elaboró la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad, que constituyó la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptándose en la Resolución 46/91, del 16 de diciembre de 1991. Los principios adoptados fueron el principio de Independencia, el principio de Participación, el principio de Autorrealización, Cuidados y el principio de Dignidad.

En 1999, en Estados Unidos, la Asociación americana de personas retiradas[1] hizo llegar a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la Carta por una sociedad para todas las edades, aspecto básico del Año internacional de las personas de edad 1999, sin embargo, esta propuesta no prosperó.

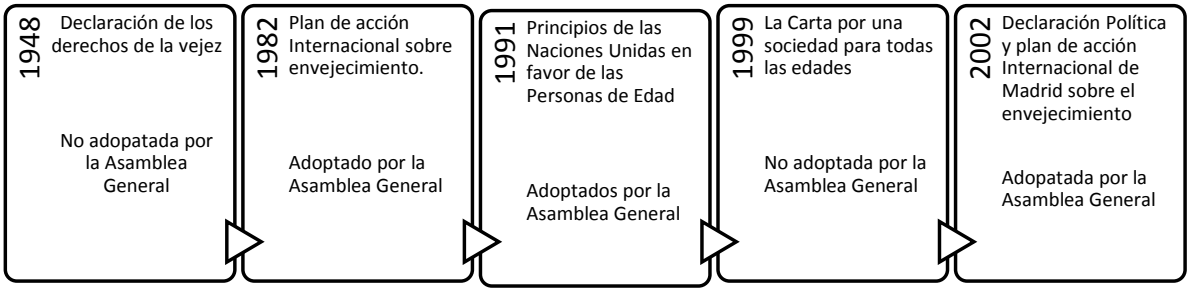
En realidad, solo el proyecto de la Federación Internacional de la Vejez pudo asentarse y marcar un cambió, convirtiéndose en la base de los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

Fue hasta 2002, en la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento en Madrid, España, que se planteó el objetivo de diseñar una política internacional sobre el envejecimiento de nuestro siglo, adoptándose la Declaración Política y plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. En esta declaración los estados parte se comprometen a adoptar

1 (AARP) American Association of Retired Persons

medidas prioritarias en torno a temas de las personas adultos mayores y su desarrollo, salud y bienestar y en la creación de entornos propicios y favorables para el adulto mayor[2].

Ilustración 1 Cronología de las políticas aprobadas internacionalmente en relación con adultos mayores.



Instrumentos internacionales que protegen los derechos humanos de las personas adultas mayores

En los instrumentos internacionales como la Declaración universal de los derechos humanos y el pacto de derechos económicos, sociales y culturales hacen referencia al derecho a la seguridad social[3]; en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer se prohíbe la discriminación por edad y se prohíbe también la discriminación al acceso de la seguridad social por causa de vejez[4], otro instrumento es la Convención

2 ONU, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Nueva York, 2002.

3 Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

4 Artículo 11, apartado e) del primer párrafo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.

internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, también prohíbe la discriminación por causas de edad en el ámbito laboral[5]; y la convención sobre el estatuto de refugiados establece como el derecho a la seguridad social del refugiado en caso de ancianidad[6], encontramos como característica principal que sólo hacen referencia a los derechos de las personas adultas mayores de forma indirecta, limitándose a su derecho a la seguridad social y la prohibición de la discriminación en el trabajo por motivos de edad.

Los tratados existentes en materia de derechos para los adultos mayores, se han visto reforzados gracias al trabajo de los diferentes órganos y comités encargados de su supervisión.

Por ejemplo el comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha contribuido a través de observaciones generales en pro de los derechos del adulto mayor.

En 1995 la observación general N° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, en la que se exhorta a los estados parte del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a prestar atención en los derechos de las mujeres de edad avanzada; adoptar medidas para evitar la discriminación por edad en el empleo y garantizar los medios para la jubilación del trabajador; el derecho a la seguridad social obligatorio, fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible; crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar; otorgarle al adulto mayor un nivel de vida adecuado; el derecho a la salud física y al deporte, así como el derecho a la cultura y educación.

---

5 Artículo 1 de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores
migratorios y de sus familiares de 1990.
6 Artículo 24, apartado b) de la Convención sobre el estatuto de refugiados.

En el 2000, en su observación N°14, el comité puntualizó sobre el derecho al disfrute del nivel más alto de salud posible[7], reafirmando la importancia de un enfoque que integre prevención, curación y rehabilitación física como psicológica destinados a garantizar la funcionalidad y autonomía del adulto mayor, así como cuidados a los enfermos en etapas terminales evitándoles dolores y permitiéndoles morir con dignidad.

En 2008, la observación general Nº 19, sobre el derecho a la seguridad social[8], señala que los estados parte deberán tomar medidas apropiadas para establecer planes de seguridad social con prestaciones a las personas adultas mayores, así como el establecimiento de una edad apropiada para la jubilación en la vejez, considerando el tipo de trabajo y la capacidad de trabajar de las personas de edad. Además, exhorta a los gobiernos de los estados parte que se les brinde una jubilación a las personas al llegar a una determinada edad, independientemente de si han cubierto el periodo mínimo de cotización requerido o no, permitiéndoles disfrutar de una pensión.

En el 2009, la observación general Nº 20, sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales[9], señala la edad del individuo como motivo prohibido de discriminación, especialmente contra los trabajadores desempleados que buscan trabajo y capacitación, las personas que viven en pobreza y no cuentan con el acceso a pensiones.

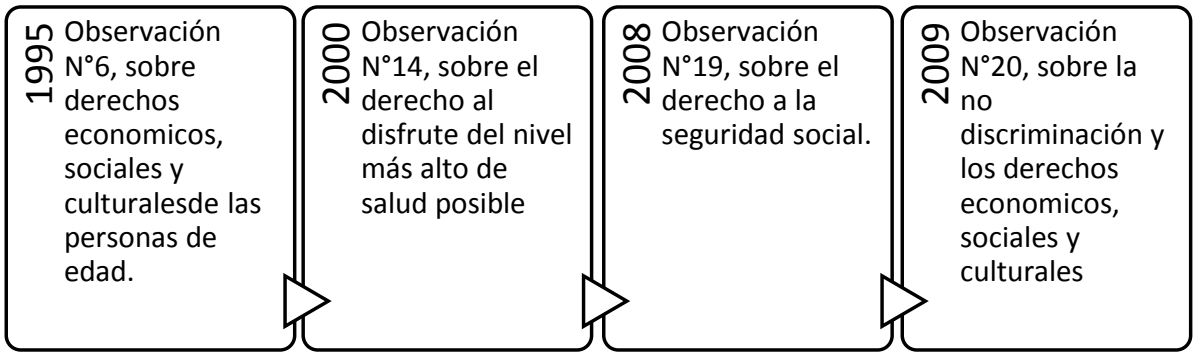
---

7 Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

8 Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

9 Artículo 2 del del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Ilustración 2: Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos y Culturales sobre Adultos Mayores.



Otro comité que ha contribuido y ha prestado atención a los adultos mayores, especialmente a las mujeres de edad, es el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

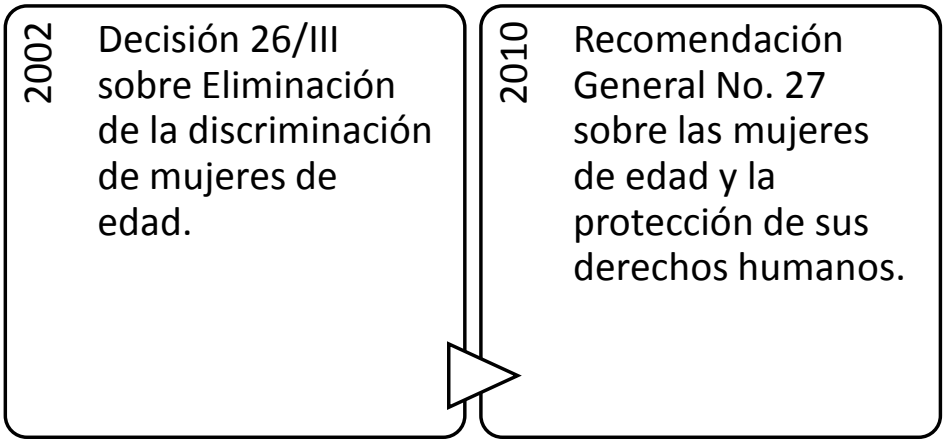
En 2002, en la Decisión 26/III sobre "Eliminación de la discriminación de mujeres de edad"[10] se reconoce la convención como un instrumento de derechos humanos para las mujeres de Edad.

En 2010, esta Convención retoma el tema de la edad en la recomendación general No. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, haciendo hincapié en la eliminación de estereotipos que dañen a las mujeres de edad, la erradicación de la violencia contra la mujer, la participación en la vida pública de las mujeres de edad, así como en su derecho a la educación y al trabajo con sus respectivas prestaciones y

10 A/57/38, Primera parte, capítulo I, decisión 26/III, encontrada en documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo séptimo período de sesiones, Suplemento n° 38.

pensiones, su empoderamiento económico y el derecho a la salud.[11]

Ilustración 3 Cronología de las contribuciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.



De igual manera, podemos encontrar al Comité contra la tortura y otros tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes dentro de los organismos que han hecho aportaciones en favor de las personas adultos mayores.

En 2008 este Comité exhortó a los Estados Parte de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles a velar porque en el marco de sus obligaciones contraídas con las Convención, elaboren leyes que protejan y garanticen la protección de los miembros de grupos vulnerables, entre ellos a las personas de edad, que corran mayor peligro de ser sujetos de actos de violencia o malos tratos[12].

---

11 Recomendación general Nº 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

12Observación general No. 2 del Comité contra la tortura, sobre la aplicación del artículo 2 por los estados partes de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes CAT/C/GC/2

A su vez, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU había desempeñado un papel muy limitado en el tema de los derechos de las personas de Edad, acotándose al principio de no discriminación, identificando a la persona de edad como un grupo vulnerable, situación que cambiaría en el 2014, cuando se lleva a cabo el Foro Social del Consejo de Derechos Humanos de las Personas Mayores en Ginebra.

Existen otros instrumentos que han adoptado medidas para la protección de las personas adultos mayores, al margen de Convenciones y Tratados Internacionales, tales como la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969); el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (1988); la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (1988); las Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio, 1990); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007).

Instrumentos panamericanos que protegen los derechos humanos de las personas adultas mayores

Los derechos de las personas de edad fueron reconocidos en instrumentos interamericanos hasta 1988 con el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo San Salvador), en su artículo 17 sobre protección de los ancianos. En este apartado se específica que toda persona tiene

derecho a protección especial en su ancianidad y para esto los estados partes debían adoptar medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica, particularmente en: a) proporcionar instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica a personas de edad avanzada que no tengan los recursos para obtenerla; b) ejecutar programas laborales destinados a conceder a las personas de edad un trabajo remunerado, de acuerdo a sus capacidades; c) estimular la creación de organizaciones sociales destinadas al mejoramiento de la vida de los ancianos.

En el 2012, en la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, en San José de Costa Rica, se adopta la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe con el propósito de identificar las acciones clave en materia de derechos humanos y protección de las personas adultas mayores, en la que se acuerda mejorar el sistema de protección social y responder a sus necesidades mediante el impulso de acciones en materia de seguridad social, salud, servicios sociales, fomento del derecho de las personas mayores al acceso del trabajo remunerado, rechazando todo tipo de maltrato contra las personas de edady comprometiéndose a trabajar para mejorar las condiciones de vivienda y del entorno de estas para fortalecer su autonomía e independencia, garantizando su derecho a la educación y haciendo hincapié en las obligaciones de los estados con respecto a un envejecimiento con dignidad y derechos, erradicando múltiples formas de discriminación que afecten a las personas mayores, así como el fortalecimiento de las instituciones públicas dirigidas a las personas mayores.

En el 2015, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, siendo éste, el documento internacional más avanzado en la protección de derechos de la población adulta mayor, sin embargo hasta la fecha no ha sido ratificada por México.

Derechos de los adultos mayores en México

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece que todo individuo gozará de las garantías que otorga dicha constitución, las cuales no pueden ser restringidas o suspendidas, salvo en los casos que en ella se establecen, prohibiendo la discriminación por la edad.[13]

En 2002 es publicada la ley de derechos de personas adultas mayores, la cual tiene por objeto garantizar los derechos de las personas adultas mayores estableciendo las disposiciones para su cumplimiento y planteando los principios rectores para la aplicación de la misma, siendo éstos: el principio de autonomía y autorrealización, la participación, equidad, corresponsabilidad y atención preferente. Asimismo, señala que de manera enunciativa y no limitativa esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos: de la integridad, dignidad y preferencia, de la certeza jurídica, de la salud, la alimentación y la familia, de la educación, del trabajo, asistencia social, de la participación, de la denuncia popular y del acceso a los servicios de establecimientos públicos y privados.

La Dignidad Humana

Aún con un grado de ambigüedad elevado, el concepto de dignidad en tanto objetivo dirigido a grupos poblacionales considerados vulnerados en sus derechos, se ha incorporado con mayor frecuencia al ámbito de la política social. De esta manera un objetivo de toda intervención social, parte fundamental de la razón de ser de las denominadas instituciones sociales se en-

13 Artículo 1 de la Constitución Política Mexicana.

cuentra relacionada con la protección, respeto, garantía e incluso recuperación de la dignidad humana. De hecho un objetivo fundamental del conjunto normativo que conforman los derechos humanos tiene que ver con la generación de oportunidades que permitan la construcción de un proyecto de vida digna, por citar uno de los lineamientos del marco fundamental para la implementación de políticas sociales.

El concepto de dignidad tiene profundas implicaciones filosóficas, políticas, jurídicas e incluso religiosas. Sin embargo, es a través de su connotación jurídica que puede tener una mayor aplicabilidad en la práctica. Uno de los elementos del concepto de dignidad ya reconocido desde Hobbes es la radicación de la dignidad en el Estado, es decir, como parte de un atributo otorgado por esta entidad. En el sentido de Hobbes, la dignidad humana constituye un valor reconocido por las acciones de un individuo por el bien colectivo. De esta manera, un elemento central para comprender el significado de dignidad, es el reconocimiento social de este atributo en la persona (Becchi, 2012).

En una concepción diferente, Kant sitúa la dignidad humana en relación a su libertad moral, en el sentido de la capacidad de un individuo de someterse de manera autónoma a ciertos lineamientos auto impuestos. De esta manera, el individuo adquiere dignidad gracias a su correspondencia con sus preceptos morales, lo que implica esencialmente un hecho racional, ya que esta correspondencia es conseguida mediante elecciones orientadas por la razón. Por consiguiente, esta capacidad racional del individuo le confiere un valor inestimable, lo que conforma la dignidad (Kant, 1996). Para Kant, la dignidad humana se fundamenta en el reconocimiento del valor moral de la persona como fin en sí misma, concepción que constituye la base de su definición jurídica.

Instrumentos internacionales que reconocen la dignidad humana como derecho del hombre

Es a partir de 1945, con la Carta de Naciones Unidas, que aparece en el derecho internacional el término dignidad estableciendo que en su preámbulo se afirma "la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas". Para 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su preámbulo proclamaba que "la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana".[14]

Es a partir de esta que en los documentos internacionales se empieza a usar el término de dignidad humana o dignidad del hombre o citando a la Carta y a Declaración[15], convirtiéndose en referentes del derecho internacional de la ONU en materia de derechos humanos (Serna, 1999).

Una muestra de esto es el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que en su primer considerando sostiene la idea de "una dignidad intrínseca e inherente de la

14 Cabe destacar que además del preámbulo, esta declaración en su Artículo 1 establece que "todos hemos nacidos libres e iguales en dignidad y derechos."
15 Véase anexo 1

persona humana."[16] El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos también de 1996, se pronuncia de manera idéntica.[17]

De igual manera, la Convención de Naciones Unidas contra la tortura, de 1984, señala en el preámbulo "el reconocimiento de eseos derechos derivan de la dignidad inherente a los hombres". Asimismo, para 1989, la Convención sobre los derechos de los Niño se expresa como "la dignidad inherente a todos los miembros de la comunidad humana." Más ejemplos como éstos se desarrollan en la parte de anexos.

Por otra parte, la declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes de 1975[18], la Declaración sobre la raza y otros prejuicios raciales de 1978[19], el Segundo Protocolo facultativo del

---

16 "Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables", pacto de Derechos económicos, sociales y culturales de 1966.

17 En su primer considerando señala "Los Estados partes en el presente Pacto: Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables". Y más adelante establece "Reconociendo que estos derechos se derivan de la dignidad inherente a la persona humana"

18 Artículo 2 Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos · o penas crueles, inhumanos o degradantes, 1975: todo acto de tortura u otro trato o pena cruel, inhumano o degradante constituye una ofensa a la dignidad humana…"

19 Artículo 4 que "Toda traba a la libre realización de los seres humanos y a la libre comunicación entre ellos, fundada en consideraciones raciales o étnicas es contraria al principio de igualdad en dignidad y derechos, y es inadmisible". Artículo 7 y 9 hacen referencia a la "igualdad en dignidad y derechos".

Pacto Internacional de derechos civiles y políticos de 1989[20] y la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas de 1992[21] son ejemplos de instrumentos donde la dignidad humana es vinculada a derechos fundamentales, destacando algunas acciones que atentan a esos derechos fundamentales.

Por estos ejemplos podemos destacar que en los instrumentos internacionales encontramos por una parte aquellos que se basan o fundamentan en la dignidad humana y aquellos que señalan conjunto de acciones o practicas violatorias de derechos humanos contrarias a la dignidad humana.

Evolución de los instrumentos que han reconocido a la dignidad humana como derecho del hombre

La primera vez que se destaca la prioridad del hombre frente al Estado, la encontramos en Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia de 1776, en su primera párrafo al declarar que "todos los hombres por naturaleza son libres e independientes y tienen derechos innatos de los que, al entrar en estado de sociedad, no pueden ser privados o despojados a su posterioridad por ningún pacto, a saber: el goce de la vida y la libertad, con los medios de adquirir y poseer propiedad y de buscar y obtener la felicidad y la seguridad."[22]

Para 1789, la Declaración Francesa de los Derechos del hombre y del ciudadano, hacía también un reconocimiento

20 En su considerando señala que "la abolición de la pena de muerte contribuye a elevar la dignidad humana y desarrollar progresivamente los derechos humanos"

21 Artículo 1: "Todo acto de desaparición forzada constituye un ultraje a la dignidad humana".

22 Párrafo I, Declaración de derechos del buen pueblo de Virginia, 1776.

prioritario del ser humano ante el Estado al afirmar que cualquier asociación política tiene como finalidad la protección de los derechos naturales del Hombre. Derechos como la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión.[23]

Serna (1999) sostiene que la mayoría de los estudios sobre el concepto de dignidad humana hacen referencia a que este aparece a partir de terminada la Segunda Guerra Mundial, como repudió al régimen nacionalsocialista, lo que constituyó que se extendieran las referencias de dignidad de la persona a partir de 1945, en el Derecho Internacional con la Carta de Naciones Unidas.

Sin embargo, explícitamente se reconoce la dignidad humana en textos constitucionales hasta 1947 en la constitución Italiana, misma que señala en su artículo 41 mencionando que la iniciativa económica privada será libre siempre y cuando no se desenvuelva en oposición social o que infrinja un perjuicio a la seguridad, a la libertad y a la dignidad humana.[24]

Es en 1949 en la República Federal de Alemania, cuando se reconoce por primera vez a la dignidad humana como uno de los derechos fundamentales del hombre en la Ley fundamental de la República Federal Alemana en su artículo 1, destacando al ser humano ante el Estado y dando protección jurídica a la dignidad del hombre que es intangible y debe ser respetada y protegida siendo esto obligación de todo poder jurídico.[25]

En diferentes países europeos aprobaron establecer la dignidad humana como base del orden político o señalándola como un derecho fundamental en sus Constituciones, a saber:

Grecia en 1975 establece que no se admitirán penas ni castigos con arreglo a torturas, se prohíben las lesiones corporales,

---

23 Artículo 2, Declaración Francesa de los Derechos del hombre y del ciudadano, 1789.

24 Artículo 41, Constitución Italiana de 1947.

25 Artículo 1.1, Ley Fundamental de la República Federal de Alemania, 1949.

atentados contra la salud o daño psicológico como cualquier otro atentado a la dignidad humana.[26]

En 1976 la Constitución de la República de Portugal, señala que Portugal es una república basada en la dignidad de la persona humana y en la voluntad popular empeñada en establecer una sociedad sin clases.[27]

España por su parte, en 1978 establece en su Constitución que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y al derecho de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.[28]

Suiza, por su parte, en 1998 establece la dignidad humana como uno de los derechos fundamentales que debe ser respetado y protegido por el estado.[29]

En general, el termino de dignidad suele referirse al valor que se tiene por el hecho de ser un ser humano, intransferible, inherente de toda persona, independientemente de la condición económica, social, edad, sexo, religión y al respeto que esa persona merece. Es por esto que podemos concluir que el objetivo de posicionar a la dignidad del hombre como este derecho fundamental es el reconocimiento del derecho del otro.

La dignidad en la legislación mexicana

La reforma del tercer párrafo del artículo primero de nuestra constitución mexicana se da en 2001, cuando se incluye por primera vez el concepto de dignidad, sin embargo, con la re-

26 Artículo 7, apartado 2, Constitución de Grecia, 1975.
27 Artículo 1, Constitución de la República de Portugal, 1976.
28 Artículo 11, constitución Española, 1978.
29 Artículo 7, Constitución Federal de la Confederación Suiza, 1998.

forma del 2011, el concepto de dignidad fue incluido en el quinto párrafo resultando de la siguiente manera:

> Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

De lo anterior podemos concluir, que al igual como sucede en el caso de la constitución Alemana, la legislación mexicana privilegia la dignidad humana y fundamenta los derechos humanos otorgándoles validez, situando a la dignidad del hombre como un derecho fundamental.

2. Cómo son y quiénes viven en las instituciones que cuidan a los adultos dependientes

Breve recuento histórico sobre los asilos en México

Se tiene noción que en México prehispánico se tenía un gran aprecio por el anciano, quien mantenía un lugar dominante tanto en la vida familiar así como en la vida política independientemente de la posición social que tuviera. Si había formado parte del Estado, ya sea ocupando un puesto militar, político o administrativo, recibía un alojamiento especial en donde se le proveía de alimentos y de cuidados; los campesinos formaban parte de los concejos donde tenían una participación predominante en las decisiones políticas;[30] aquellos que sufrían algún infortunio que provocara su desprotección eran acogidos en asilos o casas dispuestas para su cuidado (Plazola, 1996). Es difícil conocer la situación en la que vivían las personas alojadas en estas casas de asistencia pública, sin embargo, por lo que se tiene registro había una preocupación de que los ancianos recibieran los mejores cuidados posibles (Olivier, 2004).

A inicios de la Colonia en 1536 se conforma la llamada "República del Hospital", una pequeña población organizada de manera comunitaria en donde se acogía a personas que necesi-

30 Esto se sigue presentando en las comunidades indígenas y campesinas del país.

taran alojamiento ya fuera temporal, como peregrinos o huérfanos, o permanente, particularmente ancianos, aunque estos no eran considerados como grupo aparte y convivían con el resto de la población alojada (Quintanar, 2000).

Es ya entrado el s. XVII cuando las casas de acogida adquieren una connotación de asistencia a la miseria, que empezaba a concebirse como un problema emergente en la Nueva España. Es así que comienzan a funcionar como lugares para recibir con exclusividad a "menesterosos" e "indigentes" a través de la figura de hospitales y orfanatos administrados por el clero y ubicados por lo general en espacios anexos a las iglesias. Tal es el caso del Hospital de Convalecientes y Desamparados, el Hospital de La Purísima Concepción, el de San Lázaro, el de Jesús y el de San Hipólito en la Ciudad de México (Plazola, 1996).

Posteriormente en el s. XVIII la ancianidad comienza a considerarse como un objeto de acogida específico y con esta función se funda en 1774 el Asilo de los Menesterosos, considerado como el primer edificio de asistencia social que albergaba en sus inicios a 250 ancianos dedicados a la mendicidad (Plazola, 1996).

A fines del s. XVIII la atención a los ancianos se consolida como un objetivo de la intervención asistencial, lo que se manifiesta a través de la creación de la Dirección General de Fondo de Beneficencia que posteriormente daría origen a la Dirección General de Beneficencia Pública. Bajo esta perspectiva de asistencia social es que se constituyen los primeros asilos en el país que cuidaban con exclusividad a la población de adultos mayores, estando en su totalidad a cargo de religiosas por ejemplo el asilo Matías Romero fundado por una congregación católica denominada "Hermanitas de los Ancianos Desamparados" (Quintanar, 2000) y la Beneficencia Española establecida en 1901 (Plazola, 1996).

A partir de las transformaciones políticas que sucedieron durante la Reforma y la Guerra de Independencia, la orientación del cuidado de los ancianos desde una perspectiva caritativa es absorbida progresivamente por el Estado por medio del concepto de Beneficencia Pública, aunque durante el porfiriato el liderazgo en el cuidado y protección de la ancianidad es retomado por instituciones religiosas y privadas como es el caso de la Fundación Rafael Dundee creada en 1910 (Mora, Castro y García, 2006).

La figura del asilo como parte de una consolidada *asistencia pública* en los años 30 del s. XX, se da en el marco de las *campañas contra la mendicidad* que tenían por objetivo concentrar a los ancianos indigentes y sin vínculos familiares, inaugurándose durante esta década múltiples asilos como el Edificio Especial para la Asistencia del Anciano y el asilo para ancianos de Arturo Mundet que albergaba 190 personas (Quintanar, 2000).

A partir de las dos décadas siguientes, 1940 y 1950, la atención a la población mayor comienza a situarse como una preocupación demográfica y de salud debido al crecimiento poblacional en las ciudades y un aparejado incremento de las enfermedades crónicas, identificadas en ese momento como un problema exclusivo de la vejez. El enfoque de atención a los adultos mayores es absorbido por la mirada médica y la gradual constitución de la intervención social en esta población, da paso a una intervención centrada en la atención a las enfermedades de los ancianos. Al respecto es ejemplificador que en 1944 la totalidad de internos del asilo Nicolás Bravo fuera trasladada al recién construido hospital de Tepexpan, estado de México, quedando el asilo abandonado (Mora, Castro y García 2006). En 1948 se forma la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.

La perspectiva médica se convertirá entonces en una de las principales instancias evaluadoras y consultoras respecto a lo que es considerado en forma predominante un problema que

atañe al ámbito de la salud. Es a partir de la inclusión de la vejez en el ámbito del espacio médico, que un problema concebido históricamente en términos de acogida y asilo se convierte en problema sujeto a una administración profesional, donde la instancia médica se convierte en un paso obligado y decisorio para la institucionalización de un adulto dependiente.

Algunas estadísticas respecto a los adultos mayores en México

De acuerdo al Insituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), existen 11.7 millones de adultos mayores en el país lo que representa al 0.7% de la población total. Aunque se considera que una gran parte de las casas que proveen cuidado permanente no se encuentran registradas, a partir de las que sí cuentan con un registro oficial se tiene conocimiento que en estas instituciones residen 22, 611 personas, de las cuales el 61% son mujeres y poco más de la mitad (55%) cuentan con una escolaridad máxima de primaria (INEGI, 2015).

Respecto a la salud de los adultos mayores, el INEGI (2014) estima que más del 20% sufre algún trastorno mental o neurológico, siendo la demencia y la depresión los padecimientos de esta índole más frecuentes de acuerdo a los egresos hospitalarios reportados en el 2012 (Manrique et al, 2013).

En relación a la funcionalidad y discapacidad, algunos estudios (Gutiérrez et al, 2012) han calculado que el 26.9% presenta algún grado de discapacidad que compromete los aspectos básicos de la vida diaria (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse), mientras que un 24.6% presentan dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades denominadas instrumentales (preparación de alimentos, compra de

alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambos tipos de discapacidad la prevalencia incrementa a medida que aumenta la edad y es mayor en las mujeres.

Un aspecto que ha cobrado bastante interés debido al papel que tiene para el desarrollo de discapacidad y dependencia en los adultos mayores es el daño sufrido a consecuencia de caídas. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Gutiérrez et al, 2012) al menos 34% de esta población sufrió una caída en los doce meses previos a la encuesta; siendo las mujeres afectadas con mayor frecuencia.

Algunas estadísticas respecto a los adultos mayores en Nuevo León

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010) en Nuevo León existen 407, 278 adultos mayores lo cual representa el 10% de la población total para dicha entidad. De esta población se estima que 1, 842 personas residen en alojamientos de asistencia social de la cuales el 66% son mujeres, un porcentaje superior a lo que se observa a nivel nacional. De esta población residente en casas de asistencia, el 53% tienen una escolaridad inferior a la básica. Aunque por supuesto este dato no es suficiente para tener una mejor idea respecto a la posición social, si es posible plantear al menos hipotéticamente que la posición socioeconómica es un determinante importante de la institucionalización en Nuevo León.

En relación a la salud, de acuerdo a los egresos hospitalarios del año 2016 reportados por la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2017), los traumatismos constituyen la causa de hospitalización más frecuente, seguida de las enfermedades del corazón, hernias, enfermedades de la vesícula bi-

liar y enfermedades cerebrovasculares como hemorragia o isquemia cerebral. Es decir, la mayor parte de causas de hospitalización que se presentan son potencialmente generadoras de dependencia severa.

Características de las casas de asistencia en México y Nuevo León

El Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE, 2017) refiere que en todo el país existen registrados 1, 808 centros para el cuidado de adultos dependientes, de los cuales 51% son privados. De estos centros, el 56% (1, 020), brindan además de cuidado alojamiento permanente. Respecto a la figura jurídica de este 56% denominados casas hogar, únicamente el 5% corresponden a instituciones públicas; el 95% restante constituyen instituciones conformadas por la iniciativa privada de tipo religioso, asociaciones civiles, organismos de asistencia o instituciones de financiamiento privado.

En Nuevo León, de acuerdo igualmente al DENUE, existen 93 asilos registrados[31] de los cuáles 75 corresponden a casas hogar. De estas, únicamente tres se encuentran constituidas jurídicamente como públicas. De las 72 restantes, 56 se encuen-

31 Parece ser que no existe un registro o dato exacto sobre cuantos asilos hay en total en Nuevo León, las cifras aquí son un aproximado. Se contactó a distintas instituciones que tratan el tema de adultos mayores en Monterrey y ninguna supo dar razón de la cifra exacta ni supo decir dónde se podría conseguir con exactitud. Algunas notas periodísticas reconocen que no se tiene un número exacto y que existen asilos que aparentemente operan sin estar registrados. El dato del INAPAM no se pudo corroborar, se habló al teléfono de las oficinas en Monterrey y de ahí derivaron la llamada a Informatel, misma que la derivó a la Asociación de Alzheimer en Monterrey que recomendaron buscar en INEGI debido a que no creen tener un dato exacto en alguna de las instituciones.

tran registradas como asociaciones civiles o dependencias de asistencia y el resto son privadas. Por su parte el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM), establece información discrepante con la reportada por el INEGI. De acuerdo a esta última dependencia, en Nuevo León existen 181 asilos y estancias, de los cuales 120 son privados y 61 públicos. En cada una de estas casas, conviven desde 20 adultos mayores hasta 100, dependiendo del espacio físico con que cuente el establecimiento.

La información relacionada con la infraestructura y los servicios ofertados se presentan en la siguiente tabla a nivel nacional y para Nuevo León.

Tabla 1. Infraestructura y servicios otorgados en las casas hogar a nivel Nacional y en Nuevo León

INFRAESTRUCTURA	NACIONAL (n=1020)	NUEVO LEÓN (n=75)
Número de dormitorios por casa hogar	1 a 2: 67 (7%) 3 a 4: 140 (14%) 5 a 6: 178 (17%) 7 a 10: 232 (23%) 11 a 20: 239 (23%) 21 a 40: 105 (10%) Más de 40: 59 (6%) Promedio de usuarios por dormitorio: 1.55	1 a 2: 3 (4%) 3 a 4: 7 (9%) 5 a 6: 11 (15%) 7 a 10: 23 (30%) 11 a 20: 17 (23%) 21 a 40: 10 (13%) Más de 40: 4 (5%) Promedio de usuarios por dormitorio: 1.71

Número de camas por casa hogar	0: 5 (0.4%) 1 a 9: 89 (8%) 10 a 19: 336 (33%) 20 a 29: 258 (25%) 30 a 39: 116 (11%) 40 a 60: 123 (12%) 61 a 100: 70 (6%) Más de 100: 23 (2%) Promedio de usuarios por cama: 0.75	0: 0 1 a 9: 5 (6%) 10 a 19: 22 (29%) 20 a 29: 24 (32%) 30 a 39: 8 (11%) 40 a 60: 9 (12%) 61 a 100: 6 (8%) Más de 100: 1 (1%) Promedio de usuarios por cama: 0.81
Disponibilidad de espacios e instalaciones	Cocina: 1 015 (99%) Comedor: 1 005 (98%) Sala de convivencia grupal: 658 (65%) Consultorio médico o enfermería: 658 (65%) Instalaciones para rehab. física: 331 (32%) Jardines o áreas verdes: 829 (81%)	Cocina: 75 (100%) Comedor: 73 (99%) Sala de convivencia grupal: 65 (86%) Consultorio médico o enfermería: 52 (69%) Instalaciones para rehab. física: 23 (30%) Jardines o áreas verdes: 58 (77%)
	Menos de una semana: 170	Menos de una semana: 11

Tiempo de residencia en casa hogar	1 semana a menos de 1 mes: 298 1 a 3 meses: 1 768 4 meses a menos de 1 año: 2 666 1 año: 3 458 2 años: 3 182 3 años: 2 412 4 años: 1 671 5 años: 1 472 6 y más años: 5 450 No especificado: 64	1 semana a menos de 1 mes: 21 1 a 3 meses: 140 4 meses a menos de 1 año: 233 1 año: 248 2 años: 237 3 años: 208 4 años: 137 5 años: 158 6 y más años: 447 No especificado: 2
Disponibilidad de servicios	Alimentos (al menos 2 al día): 1 016 (99%) Servicio médico: 910 (89%) Medicamentos: 685 (64%) Ejercicio o terapia física: 802 (80%) Apoyo psicológico: 612 (60%)	Alimentos (al menos 2 al día): 75 (100%) Servicio médico: 68 (90%) Medicamentos: 43 (57%) Ejercicio o terapia física: 63 (84%) Apoyo psicológico: 48 (64%)

Fuente: elaboración propia a partir de INEGI. Tabulados del Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015 (Usuarios), consultado el 8 de mayo, 2017 en:
http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/

Como puede apreciarse, la mayoría de las casas hogar tanto a nivel nacional como en Nuevo León registradas, tienen un espacio físico que permite ofertar de 5 a 20 habitaciones y de 10 a 20 camas. Respecto a la disponibilidad de instalaciones, el perfil de las casas entre lo observado a nivel Nacional y Nuevo León es muy similar destacando en ambos ámbitos una insuficiencia de espacios para rehabilitación física.

En relación al tiempo de permanencia, la discrepancia que aparenta la información en cuanto a que las cifras parecen ser mayores que el número de casas hogar, se debe a que un adulto es registrado en varias ocasiones. La información indica una tendencia a la permanencia a largo plazo, pero también es posible inferir que existe bastante movilidad entre las diferentes residencias.

En cuanto a los servicios otorgados destaca que en ambos niveles de observación (nacional y estatal), el porcentaje más bajo lo presenta el servicio de psicología. Esto definitivamente es un indicador que debe atenderse ya que, como hemos apuntado anteriormente, la depresión constituye una de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores lo que puede estar relacionado a un sentimiento de aislamiento y soledad que también es frecuente encontrar en este grupo de edad (Pelcastre et al, 2011).

En relación a las fuentes de financiamiento, los principales resultados se presentan en la siguiente tabla, en la que se destaca el elevado porcentaje que representan las cuotas a familiares o residentes como fuente de financiamiento, seguido por las donaciones de particulares y es notoria la poca participación que tiene el gobierno, que incluso contando con diversos programas de apoyo al adulto mayor, se reconoce como insuficiente (Carmona, 2014), lo cual se observa más claro en Nuevo León. Viendo estos resultados podemos afirmar que las casas ho-

gar se financian fundamentalmente de manera privada, teniendo la caridad un papel secundario pero igualmente importante.

Tabla 2. Fuentes de financiamiento de casas hogar a nivel nacional y en Nuevo León

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	**NACIONAL (n=1020)**	**NUEVO LEÓN (n=75)**
Colectas o rifas	255 (25%)	9 (12%)
Cuotas de usuarios y/o familiares	801 (79%)	63 (84%)
Empresas o fundaciones nacionales	331 (32%)	19 (25%)
Donaciones de particulares	567 (56%)	23 (30%)
Agrupaciones religiosas	291 (29%)	11 (15%)
Productos elaborados por los y las residentes	34 (3%)	2 (2%)
Gobierno	389 (38%)	15 (20%)
Organismos internacionales	36 (3%)	2 (2%)
Fideicomiso	23 (2%)	0

*Las casas pueden tener más de una fuente de financiamiento.
Fuente: elaboración propia a partir de INEGI. Tabulados del Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015 (Alojamiento), consultado el 8 de mayo, 2017 en:
http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/

Situación de los adultos dependientes institucionalizados

Si bien existe una diversidad de situaciones en las que viven los adultos dependientes dentro de las instituciones, podemos señalar que estas dependen en cierta medida del contexto más amplio en el que se incluyen las políticas dirigidas al cuidado, lo que nos permite hacer algunas generalizaciones. Por ejemplo, algunos estudios en el ámbito internacional muestran que los temas recurrentes en torno a los adultos mayores institucionalizados giran en torno a experiencias de dolor y pérdida (Pilkington y Kilpatrick, 2008; Pilkington, 2005).

Otros estudios que se han dirigido a estudiar la calidad de vida, han encontrado importantes asociaciones entre esta y el sentirse reconocidos como individuos autónomos, que tienen una familia y al mismo tiempo la libertad para mantenerse lo más activos posible dentro de la institución (Hjaltadíttir y Gústafdóttir, 2007). Asimismo, se ha señalado la existencia de una demanda continua hacia los cuidadores para que éstos puedan pasar tiempo con ellos y poder manifestar sus inquietudes cotidianas. Es decir, que la comunicación es para los adultos mayores la actividad más importante de su día (Liukkonen, 1995; Sidenvall, 2007)

En el estudio de Andersson, Pettterson y Sidenvall (2007) se refleja el miedo a la soledad que está presente en los residentes de las instituciones con habitaciones individuales.

En México, aunque no existe mucha literatura al respecto, podemos citar algunas investigaciones que nos ayudan a conocer la situación en la que viven los adultos dependientes. Por ejemplo, un estudio en Colima muestra que la institucionalización del adulto mayor es llevada a cabo principalmente para resolver problemas económicos, falta de apoyo, abandono, en-

tre otros; concluyendo que la cercanía con la familia en las casas hogar es fundamental para brindar a los mayores un apoyo moral y emocional, siendo la institución la que debería promover dicha cercanía (Arias Soto, 2012).

Como se pudo constatar durante la búsqueda de artículos e información sobre las condiciones de vida de los adultos mayores institucionalizados, los temas que mayor preocupación han suscitado son padecimientos enfermedades como la depresión y la demencia. Sin embargo, se encontraron muy pocos trabajos que estudiaran las condiciones de vida de una manera más general. Uno de los que se destaca es el realizado por Salinas (1991) en Nuevo León, en el cual se señalan las condiciones deficientes en las que viven las personas institucionalizadas en la entidad, concluyendo que en dichas instituciones los lineamientos básicos propuestos por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), además de hacer evidente la falta de personal actualizado sobre las normativas técnicas para brindar atención particularmente a ancianos.

A pesar de que ese estudio se realizó entre 1989 y 1990 cuando, de acuerdo con el autor, se tenía conocimiento sobre la existencia de 11 asilos, hasta el 2012 la situación no pareció presentar muchos cambios, ya que en ese año la UDEM en coordinación con el DIF realizó una investigación en 54 casas de cuidado, en las que se reportó una falta de personal especializado para atender a los adultos dependientes por discapacidad intelectual o física. Encontrándose además que la mitad de estos lugares son casas que se adaptaron y que no cuentan con los lineamientos de seguridad determinados por Protección Civil[32].

---

32 Asilos de Nuevo León tienen muchas áreas de oportunidad Artículo de: Sexenio, recuperado el 7 de mayo, 2016 en http://www.sexenio.com.mx/nuevoleon/articulo.php?id=11995

Debido a estos resultados, la UDEM contactó al DIF Estatal y a la Asociación de Casas de Asilo y Retiro del Estado con la finalidad de diseñar el Programa de Profesionalización del Servicio de Asilos.

3. La carrera moral

Marco conceptual

Hemos dicho anteriormente que asumiremos una *carrera moral* como el trayecto social de un grupo determinado de sujetos que hemos ubicado como parte de una categoría social, en el sentido de que comparten ciertos atributos socialmente reconocidos. Este señalamiento parte de la premisa de que existen categorías sociales y que estas se producen siguiendo ciertas pautas, normas y mecanismos sociales. La segunda premisa es que parte de estas pautas además de definir quién se encuentra en determinada categoría, dirige la conducta, el trato y el tipo de interacción que debe mantenerse entre los sujetos de diferentes categorías sociales. Existen normativas muy bien establecidas y que son tan comunes que los miembros de una sociedad damos por hecho. Por ejemplo los cuidados que las madres otorgan a sus hijos. Otras pautas no están tan bien establecidas y puede generarse confusión entre quienes interactúan. Por ejemplo Marta Allué (2003) relata el comportamiento dubitativo que asumen algunas personas *capacitadas o normales* durante la interacción con alguien que identifican como *discapacitado,* por ejemplo alguien que se encuentra incorporándose de una silla de ruedas. Habrá personas que ante la duda opten por fingir no haberse dado cuenta; otras posiblemente se dirijan de manera inmediata a

ayudar y otras opten por preguntar acerca de la pertinencia de su asistencia.

La serie de actividades que pueden integrarse bajo el término de intervención social nos parece un buen ejemplo, ya que en primera instancia se interviene sobre un sujeto muy bien definido: madres adolescentes, niños de la calle, drogodependientes, estudiantes de nivel medio. La definición de este sujeto implica integrarlo siguiendo ciertos lineamientos, en muchos casos escritos, a una categoría social particular. Posteriormente la serie de normas (implícitas, teóricas, jurídicas) direccionarán la intervención.

Si pensamos en categorías permanentes como la dependencia, algunos tipos de discapacidad o ciertas enfermedades mentales, podemos afirmar con mayor claridad que la categorización social determina la trayectoria social y por consiguiente el destino de un sujeto. Por lo tanto el inicio de la carrera moral del adulto dependiente corresponde a su inclusión en esta categoría de dependencia.

A partir de este punto, su destino social dependerá de la serie de normativas que la sociedad haya dispuesto o no, para intervenir. Nuestro foco de atención desde esta perspectiva será identificar este tipo de normas y la manera en que se constituyen en determinantes de la vida de una persona, por lo que es importante esclarecer primeramente la manera en que trabajaremos el concepto de categoría social.

Categoría social

De acuerdo a Tajfel (1972), la categorización social hace referencia a los procesos psicológicos que permiten ordenar la realidad de acuerdo a categorías, es decir, a grupos de personas, objetos, acontecimientos por ciertos atributos que los definen y distinguen de otros. En otras palabras, una especie de

simplificación del mundo como estrategia para interpretarlo y vivir en él. Sin embargo, esta manera de ordenar la realidad es modificable de acuerdo a los cambios que percibimos en el medio; colocamos etiquetas y estamos dispuestos a cambiarlas como estrategia adaptativa.

Por su parte Goffman (2012), señala que esta capacidad individual se convierte en proceso social por medio de la interacción. El agrupamiento de personas (ricos, pobres, indígenas, migrantes, discapacitados, normales) no se realiza de manera arbitraria ni a título personal: "la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de estas categorías" (p. 13). Utilizando esta estrategia de simplificación, agrupamos a ciertas personas de acuerdo a algunas características generales que percibimos en una primera impresión, generando, una vez que hemos identificado a una persona como integrante de alguna categoría, ciertas expectativas acerca de su identidad. De esta manera, cuando vemos a una persona con bata blanca al interior de un hospital inmediatamente lo ubicamos entre el personal médico; por el contrario, nos sorprende enterarnos que la persona en camiseta deportiva que nos recibió al entrar a un consultorio es quien nos consultará. De una forma similar, al entrar a un hospital basta una mirada superficial para distinguir a los sanos de los enfermos. Siguiendo esta primera aproximación, entendemos una categoría social como la definición otorgada a un individuo y que es relevante para alterar su destino social.

Como hemos dicho con anterioridad, el reconocimiento social de la enfermedad constituye un proceso definitorio para el establecimiento de la categoría de dependencia. A su vez, este proceso es un condicionante para la institucionalización de un adulto, incluso en muchas de las casas de acogida para adultos dependientes, el requisito de ingreso más importante es demos-

trar, por lo general mediante un aval médico, que el sujeto padece alguna enfermedad que restringe su autonomía. En este sentido, es igual de indispensable que exista un reconocimiento social aunque sea de manera general, acerca del vínculo causal entre determinada enfermedad y un ulterior desarrollo de dependencia, lo suficientemente severa que amerite un internamiento.

No obstante, como han apuntado tanto la antropología como la sociología médica, el reconocimiento social de una enfermedad y por consiguiente el tipo de acciones que en consecuencia serán necesarias, no es un procedimiento exclusivamente técnico y unívoco. Por el contrario, constituye un proceso complejo y altamente normativizado de manera que cada grupo definirá las estrategias a seguir de acuerdo a lo que en forma delimitada, el grupo social al que pertenece (cultura, subcultura, clase social), considera lo normal, lo más adecuado (Mechanic, 1962; 1995).

Antropólogos como Frankenberg (1980), Young (1982) y Kleinman (1988) han insistido en relación a los procesos de enfermedad, la coexistencia de tres niveles de categorización distintos ante un mismo acontecimiento enfermante. La primera distinción es entre enfermedad (disease) y padecimiento (illness). De acuerdo con Kleinman (1988), la primera categoría hace referencia a la perspectiva exclusivamente del terapeuta, así que desde el punto de vista de la medicina alópata o hegemónica, la demencia señala la serie de procesos bioquímicos y estructurales que provocan una disfunción neurológica que explica el deterioro del funcionamiento cognitivo y por lo tanto el comportamiento anormal de una persona. Esta reducción normada sería el objetivo de las conductas del terapeuta durante su diagnóstico que devendrían en una serie de prescripciones guiadas por ciertos lineamientos profesionales.

Padecimiento (illness), consiste en la manera en que la persona y su red de familiares y allegados perciben, interpretan, sufren y experimentan los síntomas y la discapacidad que acontece. La experiencia del padecimiento implica la angustia que el olvido de ciertos asuntos relevantes provoca en la persona, la impotencia que se experimenta por la exasperación de los hijos, las discusiones familiares y las decisiones que se toman al respecto, por ejemplo tomar unas vitaminas, o la búsqueda de cierto tipo de terapia pasando por diferentes modelos médicos incluyendo el hegemónico. Todo ello igualmente, de acuerdo a ciertas pautas establecidas socialmente.

El tercer nivel de categorización, el malestar (sickness), describe según Young (1982) el reconocimiento social del comportamiento del enfermo, un comportamiento que es socialmente inaceptable debido a que implica un alejamiento o retirada de las responsabilidades. Malestar constituye la configuración de ciertos acontecimientos como patológicos o disfuncionales a través de las relaciones sociales. Es decir, la forma en que dichas relaciones sociales se implican en las causas de ciertos trastornos y la manera en que se responde ante ello. Siguiendo con el ejemplo anterior, malestar explica el conjunto de intervenciones que la sociedad dispone para tratar a los dementes desde la construcción de ciertas políticas de atención, los lineamientos jurídicos disponibles que otorgan o que despojan a la persona de derechos y capacidades como manifestar una herencia, la posibilidad de continuar una relación laboral, el acceso que tiene la persona para utilizar determinada terapia, la infraestructura disponible y otra serie de conductas normadas socialmente como la institucionalización.

Por su parte la sociología médica ha recurrido a la teoría del etiquetamiento social para explicar de qué manera un sujeto al que se le reconoce un comportamiento fuera de la norma, es integrado dentro de una etiqueta (categoría social). De acuerdo

con Waxler (1981), un elemento determinante dentro de esta trayectoria de etiquetamiento para ciertos sujetos es la consideración profesional. En el ejemplo que cita la autora, una serie de niños con bajo aprovechamiento académico son identificados en un primer momento por los profesores, quienes derivan el caso tanto a psicólogos como a trabajadores sociales que a su vez realizan una valoración tanto de la persona como del entorno familiar. Dentro de esta serie de evaluaciones, un elemento central de etiquetamiento es la aplicación de un test de medición del coeficiente intelectual a partir del cual ciertos niños serán considerados como *retardados mentales*. La entrada a esta categoría implicará un cambio importante en la trayectoria académica y de vida de estos sujetos en comparación con sus pares: su inclusión dentro del grupo de *retardados mentales* los lleva a ingresar en escuelas de educación especial y posteriormente a una diversidad de empleos adaptados. Además que dicha categorización afectará otros ámbitos existenciales como las relaciones amorosas, el matrimonio y otro tipo de relaciones sociales establecidas.

Sin embargo, lo que en un primer momento aparenta ser un acto técnico, claro que con algunos cuestionamientos acerca del grado de confiabilidad de acuerdo al test aplicado, resulta ser un proceso determinado por una serie de factores independientes de la valoración técnica y relacionados más bien a la organización social. En primer lugar, la autora identifica como un elemento clave la capacidad de negociación ante los profesionales señalados, que tiene la familia. Esta negociación se encuentra relacionada directamente con su posición social, de manera que resulta más frecuente que niños provenientes de familias pobres reciban con mayor frecuencia el etiquetamiento que niños que pertenecen a familias de clase media o adineradas. En este caso la autora señala una relación de poder entre estos profesionistas y sus interlocutores. En segundo lugar, debido a

la disponibilidad limitada de recursos humanos para atender este tipo de infantes, existen restricciones respecto al número de casos que pueden ser diagnosticados en un período, lo que significa que otro determinante relevante para este etiquetamiento es la organización burocrática.

Lo que desde nuestra perspectiva tienen en común ambos enfoques, antropológico y sociológico, es el reconocimiento de la valoración social como determinante fundamental para la inclusión de ciertos sujetos a determinada categoría y su posterior desenvolvimiento dentro de la sociedad. Podemos asumir entonces que la categorización y la consiguiente trayectoria social experimentada por el sujeto constituye un acto moral, aunque en la mayoría de las ocasiones la intervención profesional en este proceso pueda hacerlo parecer un acto objetivo y desprovisto de esta connotación social.

De acuerdo a lo discutido, es importante hacer notar que debido a la legitimidad y respeto otorgado a la opinión profesional, particularmente de los médicos, estos ejercen una notable influencia en la construcción de categorías sociales, sobre todo si estas tienen relación con ciertas características atribuibles a la salud y la enfermedad. De acuerdo con una conocida distinción entre lo normal y lo patológico, estos profesionistas deciden, determinan o influyen en la entrada de un sujeto a determinada categoría social, sin que esta decisión o influencia sujeta en apariencia a criterios exclusivamente técnicos se encuentre exenta de valoraciones morales (Zola, 1979). Por ejemplo, se ha documentado que en la práctica de la psiquiatría forense, un ámbito dentro del cual la opinión de un experto es definitoria en el destino social de un transgresor de la ley, los principales desacuerdos entre peritos se deben principalmente a las diferentes adscripciones ideológicas y por consiguiente a criterios de índole moral (Guivartch et al, 2015).

La inclusión de un sujeto dentro de una categoría social tiene enormes implicaciones para su vida, de aquí la gravedad que juegan las decisiones profesionales como determinantes de la carrera moral, más que nada si consideramos que un diagnóstico médico correcta o equivocadamente formulado desde el punto de vista técnico, es suficiente para inhabilitar o convertir a un sujeto que goza de autonomía en un sujeto dependiente de medicamentos, de intervenciones institucionales o de cuidados para toda su vida.

El error en el diagnóstico médico con implicaciones serias en la vida y autonomía de las personas no es infrecuente, es ampliamente reconocido y ha sido objeto de profundas críticas, por ejemplo la conocida obra de Illich (1975). En el ámbito concerniente a las enfermedades mentales esto es un asunto que preocupa a los profesionales principalmente porque aun implementando las más actualizadas recomendaciones científicas, la posibilidad del error diagnóstico constituye una amenaza potencial para el curso la vida de los pacientes, marcadamente en enfermedades cuyos criterios diagnósticos son objeto de debate y el establecimiento de un consenso clínico es parcial (Berg, Atalisc y Devinsky, 2017; Ocongaile y Delisi, 2015; Nia, 2014; Hampton, 2007).

Sin embargo, una cosa es señalar la posibilidad de la categorización social a consecuencia de un error diagnóstico debido a la complejidad inherente a la práctica clínica; otra muy distinta es cuando este error obedece a criterios ajenos a la falibilidad técnica. En este último caso, las implicaciones moralizantes de la categorización profesional, es decir, sujeta a valoraciones ideológicas es evidente y debe distinguirse claramente. Al respecto, en Reino Unido Littlewood (1992) documentó importantes sesgos en el diagnóstico de esquizofrenia que obedecen a aspectos raciales ejemplo al que podemos agregar el conocido

sobre diagnóstico de trastornos emocionales en mujeres (Kellner, 1966; Shepherd y Clare, 1981; Nolen, 1987).

La carrera del enfermo

El concepto de *carrera* tiene una larga historia en sociología, aunque algunos autores como Colinet (2013) identifican el trabajo de Hughes (1937) como precursor de esta tradición. De acuerdo con Goffman (2007/1961; 2008/1963), utilizamos el concepto de carrera como un recurso metafórico para identificar "los cambios básicos y comunes que se operan a través del tiempo en los miembros de una categoría social" (2007, p. 133). Es desde este punto de partida con el que nos aproximamos a la comprensión de lo que viven los adultos dependientes y sus allegados durante el proceso de su institucionalización.

Intentando ser más precisos en la forma en que utilizamos este concepto, asumimos que una *carrera* se encuentra conformada por una serie de eventos que se presentan en la vida de un conjunto de sujetos que comparten ciertos atributos que de alguna manera los distingue del resto de la sociedad. Con esta definición básica, podemos agregar algunas propiedades que distinguen el concepto carrera de otro tipo de herramientas conceptuales y que permiten ubicar ciertos temas relevantes dentro de todo el conjunto de experiencias que pueden identificarse en la vida de alguien y que sin un marco pueden fácilmente convertirse en un listado de sucesos.

En primer lugar, la serie de eventos relevantes que se manifiestan en un grupo social y a los que hacemos alusión, transcurren de manera secuencial con una dirección específica hacia un objetivo o meta proyectada, o por el contrario, hacia una situación involuntaria y por lo general no deseada (Roth, 1963). Dentro de la primera acepción fácilmente podemos compren-

der que exista por ejemplo una *carrera* universitaria en el sentido de que un grupo transcurre consecutivamente por una serie de pasos, etapas y eventos importantes que lo llevan a adquirir una categoría social particular como profesionista. Como ejemplo es interesante uno de los trabajos pioneros en el empleo de *la carrera,* para estudiar la serie de competencias técnicas y sociales necesarias, las relaciones sociales establecidas, los conflictos, las negociaciones y las ventajas, así como desventajas sociales que se presentan dentro de la trayectoria formativa de un grupo de médicos de Estados Unidos (Hall, 1948).

No obstante, en la segunda acepción, la carrera como un destino social que parte de circunstancias indeseables como pudiera ser una enfermedad que nos parece más pertinente para nuestros objetivos. A partir de esta delimitación, un segundo aspecto que nos interesa destacar sobre una *carrera*, es que esta se desenvuelve a través de una serie de decisiones tomadas por un sujeto particular y que como podemos suponer, generan ciertas consecuencias que en conjunto van definiendo un destino social, es decir, van colocando al sujeto dentro de una situación muy particular o dentro de una categoría social. Por ejemplo, una persona que por determinadas circunstancias llega a prisión y que subsecuentemente pertenecerá a un grupo de transgresores de la ley.

Sin embargo un aspecto importante de destacar es que las decisiones señaladas, aunque sean tomadas por un sujeto particular, no son de ninguna manera hechos individuales. Estas decisiones son llevadas a cabo dentro de un contexto biográfico o social específico, es decir, son tomadas por alguien que vive circunstancias distintivas. Por ejemplo, pensemos en las decisiones tomadas por un campesino de origen Mexicano que vive una situación migratoria irregular, en comparación a las decisiones que podría tomar un profesionista con la misma nacionalidad, residente de una urbe; ambos sujetos enfrentando la

misma enfermedad. Estas circunstancias de contexto, que Goffman (2007) llama *contingencias de carrera*, diferencian indiscutiblemente la dirección y consecuentemente el destino de estos sujetos ante una situación en común.

Complementando la aseveración de que estas decisiones no son productos individuales, podemos añadir que estas disposiciones son efectuadas en el marco de relaciones sociales, es decir, de familiares, amistades, vecinos, profesionistas, que intervienen a través de su orientación, opinión o incluso coerción en esta toma de decisiones. Algunas veces estas mediaciones no se efectúan a título individual, sino que se ejercen como parte del funcionamiento de una organización como la escuela, el sistema de salud o dependencias con una razón particular por ejemplo el cuidado de la familia. Este sistema de agentes y agencias, como lo denomina Goffman (2007), no solo es importante en el curso de la trayectoria de una persona, sino que es determinante en la entrada de un sujeto a una categoría social. Un ejemplo claro de este proceso es el diagnóstico médico, sin embargo esta categorización profesional se da también frecuentemente en el ejercicio cotidiano de otras profesiones como el trabajo social.

Bajo el enfoque de *carrera del enfermo* se han realizado algunos trabajos de carácter sociológico y antropológico que ejemplifican con mucha claridad el complejo tránsito que experimenta una persona hacia su conversión en paciente (Zola, 1973; Robinson, 1990; Colinet, 2013).

Finalmente, como señala Twaddle (1981), tanto las decisiones emprendidas, así como la manera en que este sistema de agentes y agencias interactúa con el sujeto ocurre al interior de un sistema social normativo en dos sentidos: en primer lugar, por la existencia de valoraciones sociales que definen el conjunto de atributos que caracteriza a los enfermos respecto a los sanos y que guía o norma las conductas que deben dirigirse hacia aquellos sujetos considerados enfermos. En otras pala-

bras, la distinción entre lo considerado normal, de lo anormal, obedece a ciertas pautas que pueden ser rígidas, explícitas y con un grado alto de formalización como aquellas que guían el comportamiento profesional, o pueden ser implícitas y más flexibles en el caso de los comportamientos que se generan dentro de la red informal de agentes intervinientes. No obstante, las normas que operan entre los profesionales no siempre coinciden con aquellas que guían el comportamiento de los enfermos y las redes informales, lo que da lugar a frecuentes conflictos entre agentes. Este es un punto que desafortunadamente no siempre es reconocido por los profesionales.

Puesto que los diversos agentes pertenecen a un sistema normativo más amplio que corresponde al mundo social en donde interactúan de manera continua, existe cierta permeabilidad normativa lo que hace que frecuentemente algunas valorizaciones o criterios profesionales sean reconocidos e incluso aplicados por los demás agentes, aunque lo hacen generalmente mediante resignificaciones, es decir, adaptándolos a su propio sistema de valoración, lo que ha sido reiteradamente señalado por el antropólogo Eduardo Menéndez (1990; 2007; 2016). Este señalamiento cobra especial interés puesto que explica la notable influencia que ejercen los profesionales en la construcción de categorías sociales, como ha sido expuesto previamente.

Valoración y normativización social

Con relación a la segunda forma en que el sistema social normativo interviene en la interacción entre el sistema de agentes/agencias y el sujeto, Twaddle (1981) hace referencia al concepto de rol del enfermo formulado por Parsons, en el sentido de que el comportamiento de un individuo clasificado dentro de una categoría de enfermo también se encuentra normativizado, es decir, en tanto enfermo, le son otorgados ciertos derechos pero también se generan expectativas respecto a cómo debe ser su comportamiento. En caso de que un individuo perteneciente a una categoría social actúe fuera de esta normativa adquirida o rol de enfermo, su conducta es ubicada como transgresora. Esto puede explicar el incremento de las medidas de control que pueden llegar hasta el confinamiento tanto en el ámbito familiar como en el profesional, o la sedación, particularmente en trastornos que generan conductas impredecibles como los padecimientos mentales.

Aunque el concepto del rol del enfermo ha recibido diversas críticas por su cuestionable aplicabilidad a las enfermedades crónicas, la noción de una normatividad y valoración dirigida al comportamiento de los enfermos es relevante en el caso de los adultos dependientes, sobre todo cuando ciertos comportamientos generados por un deterioro cognitivo son poco comprendidos y en consecuencia considerados transgresores y por lo tanto sujetos al rechazo social.

Por otro lado, como apunta Varul (2010), un elemento relevante para el caso de los adultos dependientes consiste en la pérdida de valor y estima otorgados socialmente, debido a un deterioro irreversible en la autonomía y la consiguiente interrupción de sus funciones en la producción, principalmente en sociedades donde la participación en el sistema productivo constituye un elemento fundamental para el reconocimiento

social. En este sentido Townsend (1981) señala, para el caso particular de adultos mayores por citar un ejemplo cuyas implicaciones en la dependencia son conocidos, que la proliferación de instituciones para el cuidado de este grupo en los inicios del s. XX se encuentra estrechamente relacionada a la modificación del sistema social de producción, comenzando a considerarse la nula participación de un creciente sector de la población en el proceso productivo, un importante problema social. De manera distinta, el cuidado brindado a adultos dependientes en algunas sociedades no industrializadas estudiadas, se realiza fundamentalmente a través de redes de apoyo de tipo religioso, lazos familiares y relaciones comunitarias solidarias aunque de manera subordinada al grado de vinculación y afecto que se ha mantenido con la persona durante su vida, así como el grado de prestigio, veneración y reconocimiento con el que cuente (Reyes, 2012).

Al hacer la distinción entre estos dos tipos de cuidado, no pretendemos de ninguna manera apuntar hacia la conveniencia de algún modelo en particular, puesto que en ambas tipologías de cuidado existen elementos rescatables y prácticas que pueden considerarse injustas o que atentan de algún modo contra la dignidad de los adultos dependientes. Por ejemplo, el modelo de cuidado que podemos caracterizar como institucional, a cargo de organizaciones y profesionales dedicados exclusivamente a este propósito, es impersonal, totalizante en el sentido que Goffman (2007) señala, respecto a que se ejerce una administración burocrática de todas las actividades de subsistencia del sujeto y existe una tendencia a su aislamiento, que en muchas ocasiones puede devenir en un franco abandono. En el segundo modelo, centrado en las relaciones familiares y comunitarias, al depender principalmente del grado de afecto concedido al sujeto, existe una mayor inseguridad principalmente para aquellos adultos dependientes que no cuenten con una red

de apoyo de sostén (Reyes, 2012). No obstante, podemos afirmar que para ambos modelos, la posición social del sujeto, ya sea esta sostenida a partir de los recursos económicos disponibles -consecuencia clara de su rol en el sistema productivo-, o a partir del afecto y prestigio, constituye un determinante central en la situación social y en las condiciones de vida del adulto dependiente. Esto aparece con mucha claridad en contextos con amplias desigualdades sociales, pobreza y un Estado para el que esta población no constituye una prioridad y que tiende a derivar el cuidado de estas personas a la familia y a la asistencia social como es el caso de México.

Lo que pretendemos evidenciar es que cada manera de cuidar al adulto dependiente, corresponde a un sistema normativizado de atención que depende directamente del contexto social, es decir que se conforma a partir de un conjunto de valoraciones sociales cambiantes respecto al sujeto y por lo tanto respecto a los tipos de atención considerados meritorios.

La valoración social como aspecto determinante en la institucionalización del cuidado de los adultos dependientes es muy clara si se comparan los tipos de cuidado que socialmente se dirigen a esta población, en comparación con el conjunto de instituciones y normas destinadas a cuidar de la población infantil. Ambos grupos comparten en esencia una dependencia, incluso considerando el carácter transitorio de esta situación en los niños, que podría ser un elemento clave en la serie de valoraciones relacionadas con la atención, en el sentido de que el carácter permanente de dicha dependencia en los adultos pudiera ser una fuente importante de desmotivación en asumir su cuidado. Fuera de las guarderías y en general el sistema escolar, que de alguna manera brinda un cuidado profesional a los niños, pero que es de carácter temporal, es muy poco frecuente que la familia derive este cuidado a una institución total como ocurre en el caso de las casas de asistencia para los adultos de-

pendientes. Aún considerando que por diversas circunstancias, como una enfermedad crónica, este cuidado sea complicado, por lo general la familia tiende a asumirlo en su totalidad y lo realiza con una mayor paciencia como se ha demostrado en algunos estudios (Young et al, 2002); aunque la carga psicológica, social y económica para la familia sea muy difícil de sobrellevar (Grasser y Taylor, 1976; Baresford, 1994; Barrera, Sánchez y Carrillo, 2013) o incluso cuando los niños manifiestan un comportamiento transgresor (Loeber, 1982).

Si consideramos la importante determinación que las valoraciones sociales ejercen en el destino de los adultos dependientes, podemos plantear entonces que su trayectoria de vida desde que son incorporados a un categoría social, hasta que son alojados en alguna institución para su cuidado, constituye una carrera moral, en el sentido de que cada suceso relevante en dicha trayectoria desde el diagnóstico médico corresponde a consideraciones normadas subordinadas a un sistema de valoración social cambiante y relativo.

La carrera moral del adulto dependiente

Para Goffman (2007/1961), la carrera moral de un grupo de sujetos pertenecientes a una categoría social, consiste en la secuencia de cambios en su manera de concebirse a sí mismos y por lo tanto en la manera en que perciben el mundo del que forman parte. Con esta noción explica la manera en que las instituciones sociales llegan a configurar o transformar el sistema de valores que define parte de su identidad y orienta sus acciones; no sin existir una tensión entre la resistencia del sujeto a la disolución de las normativas que identifica como propias, y la imposición para actuar conforme a una serie de prerrogativas institucionales.

Una de las principales resistencias expuestas por Goffman (2007; 2012), tiene que ver con la negativa por parte del sujeto para incluirse dentro de una categoría social, como en el caso de los pacientes psiquiátricos o de las personas estigmatizadas para quienes el hecho de que se les considere como parte de dicha categoría puede provocar importantes sentimientos de humillación. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo el individuo comienza a asumir su actual situación y en algunas ocasiones adoptar los mismos criterios que le condujeron a ser considerado un miembro de tal categoría social.

Esta tensión también ha sido señalada por Paugam (1991), quien al estudiar la carrera moral de personas que reciben asistencia social ha descrito la manera en que el contacto con las instituciones proveedoras de esta asistencia, que atiende una categoría social muy específica de *persona necesitada*, llega a transformar la identidad de los sujetos de intervención hasta el punto de que las personas comienzan a considerar la asistencia como una condición indispensable para su subsistencia.

Sin embargo en el caso de adultos dependientes, las tensiones anteriormente señaladas son mínimas o no existen en absoluto a consecuencia de una identidad que no puede ser autorreconocida o expresada, es decir, existe una disolución del yo propio debido a la afectación severa de la autonomía, mediada en la mayoría de las ocasiones por un deterioro cognitivo severo. Por consiguiente, el foco de atención acerca de su experiencia en el mundo y por lo tanto el análisis de su carrera moral implica la manera en que la concepción del yo, su identidad, es configurada y transformada por las diversas agencias y agentes que conforman su mundo social. Es decir, los cambios generados en la concepción del adulto dependiente por medio de un complejo de relaciones personales y profesionales (sistema de agentes y agencias) que al definir su identidad, determinan con ello su destino social.

Es interesante notar que cuando un sujeto es insertado dentro de la categoría social de adulto dependiente, es objeto de una serie de intervenciones y cuidados estandarizados. Tanto los cuidadores, como la familia, allegados, así como el conjunto de profesionales involucrados asumen el control de la voluntad del sujeto. Por lo tanto, el destino vital de este adulto dependiente, una vez entrando a esta categoría social, se encuentra determinado casi en su totalidad por el conjunto de decisiones que este sistema de agentes y agencias implementa. Sin embargo, este control de la voluntad se lleva a cabo independientemente del grado de deterioro de autonomía del sujeto; es común entonces que la opinión de un profesional, ya sea por un médico o un profesional del trabajo social baste para considerar la poca o a veces importante lucidez de la persona, irrelevante para su propia vida.

Considerando el señalamiento anterior, adaptando la definición de Goffman antes expuesta respecto a carrera moral, nosotros asumimos que esta consiste en una secuencia regular de cambios respecto a la forma en que se concibe y se interviene en un sujeto, para el caso que nos ocupa, un adulto que padece un deterioro severo de su autonomía y que en consecuencia pertenece a una categoría social de adulto dependiente.

Algunas notas metodológicas

El presente libro tuvo su origen a partir de una invitación que nos realizó Eduardo Nuñez Camacho, director de la casa de asistencia Esperanza de Amor para iniciar una colaboración. Básicamente la inquietud de los y las cuidadoras que laboran en esta casa hogar, radica en la manera de considerar la identidad de los adultos dependientes que residen en la institución, con la intención de que pueda fortalecerse un vínculo personal que

trascienda el cuidado profesional. Esto comprende en primer lugar promover un acercamiento de familiares y allegados con la institución y con los adultos residentes, considerando que en muchas ocasiones el vínculo existente es distante e incluso en algunas de las veces puede considerarse un abandono progresivo de la persona dependiente.

Diversos motivos pueden tener los miembros de una familia para derivar el cuidado e incluso en algunas ocasiones las manifestaciones de afecto a cuidadoras y cuidadores profesionales. Esto nos inquietó al considerar que algunos miembros de esta familia, que han adoptado cierta lejanía con la persona, fueron sus cuidadores principales en algún momento. El intento de comprender estas razones para contribuir a generar intervenciones que promuevan estos acercamientos fue un primer aporte que de nuestra parte asumimos como compromiso. Sin embargo, pensamos que estos motivos trascienden el ámbito de las decisiones personales y radican fundamentalmente en el espacio social.

Como hemos manifestado en los apartados anteriores, la profesionalización de los cuidados dirigidos a los adultos dependientes es un fenómeno social cada vez más frecuente. De acuerdo con esto, a partir de lo que hemos intentado clarificar en el texto, hemos establecido la siguiente hipótesis: esta transformación social concerniente al tipo de cuidados dirigidos a los adultos dependientes, responde a su vez a una transformación respecto a la valoración colectiva dirigida a este grupo de adultos y por consiguiente, respecto al tipo de cuidados que una sociedad particular, en un momento histórico determinado, considera los más pertinentes.

Por supuesto que comprobar o refutar esta hipótesis amerita un trabajo de largo aliento que incorpore junto con otras herramientas metodológicas una aproximación historiográfica, lo cual se encontraba lejos de nuestros alcances en ese momento.

No obstante pensamos que aún reduciendo nuestras ambiciones explicativas podríamos obtener información relevante que aporte en un corto plazo una contribución a los intereses de esta casa y que seguramente comparten trabajadores de otras instituciones. Por este motivo reducimos el foco de interés pensando que comprender las valoraciones que los miembros de la familia elaboran respecto a los adultos que son objeto de sus cuidados, es fundamental para comprender la trayectoria social de estos adultos, lo que incluye en algún momento la decisión de conducirlo a una institución. No obstante, estas valoraciones aún en este ámbito acotado como es el de la familia, allegados y otros agentes involucrados, responden a la serie de normativas configuradas en un espacio social más amplio. Por consiguiente, la reconstrucción de la trayectoria social de estos sujetos institucionalizados podría revelarnos indirectamente una serie de mecanismos sociales que se producen de manera normada.

Otra de las motivaciones radica en la importancia para mucha gente de contar con casas de acogida de este tipo. Como hemos señalado, el cuidado de los adultos mayores en general y de adultos dependientes en particular no constituye una prioridad para el Estado por lo que sin la existencia de este tipo de asistencia, muchas de las personas que actualmente son residentes podrían encontrarse en situaciones que atentarían totalmente contra su dignidad, abandonados a su suerte, por usar una expresión coloquial. Sin embargo pensamos que a pesar de la profesionalización del cuidado que de cierta manera es una ventaja, la preocupación exclusiva en el seguimiento de ciertos lineamientos profesionales podría deshumanizar este cuidado, como ha pasado actualmente con la práctica médica. De hecho, mientras realizábamos la revisión de literatura encontramos algunos trabajos (Mackinlay, 1971) que proponen la reconstrucción de la *carrera del paciente* como parte del currículum de la formación médica, como una medida para que estos profesio-

nistas pudieran considerar la complejidad desde el punto de vista humano de la enfermedad y así poder detener la deshumanización que ya era considerada un problema inminente. Esto indudablemente dirigió nuestra orientación metodológica a la reconstrucción de la *carrera* del adulto dependiente.

El abordaje analítico que utilizó Goffman (2007; 2008) para explicar una parte de la trayectoria social de pacientes psiquiátricos y de personas estigmatizadas nos resultó pertinente para adaptarlo y que nos sirviera de guía para reconstruir la trayectoria social de un conjunto de adultos dependientes. Por su puesto que además de que Goffman había seguido intereses similares al nuestro respecto a lo que denominó *carrera moral*, una de sus premisas metodológicas nos resultó valiosa: al compartir un conjunto de sujetos una particular situación, en este caso una categoría social de adultos dependientes institucionalizados, la identificación de ciertos elementos en común de cada una de las trayectorias individuales, nos puede dar razón acerca de las normas sociales que los ha hecho parte y por consiguiente que ha configurado dicha categoría.

Esta premisa metodológica es compartida por lo que Bertaux (2005) ha denominado como *relatos de vida,* que consiste en una aproximación narrativa de una parte de la experiencia vivida por una persona, y que a diferencia de otras aproximaciones biográficas, no pretende enfocarse en las representaciones individuales, las estrategias narrativas o el discurso, sino comprender el funcionamiento de un objeto social: un fragmento particular de la realidad social (p. 10). Así que decidimos reconstruir la carrera moral de un grupo de adultos dependientes utilizando propiamente este abordaje metodológico, es decir, a partir de la narración de su vida hasta el momento del internamiento. Hacerlo en esta casa tenía la ventaja desde el punto de vista metodológico que podríamos reconstruir las trayectorias sociales a partir de un grupo relativamente homogéneo

respecto a su posición social, debido a que la casa hogar atiende por cuestiones intrínsecas a su misión población carenciada: personas de baja escolaridad, de ingresos económicos bajos que requieren asistencia social.

Una de las primeras dificultades metodológicas radicó en que la totalidad de adultos residentes de la casa hogar corresponde a personas diagnosticadas con deterioro cognitivo severo, lo que implicó la imposibilidad de reconstruir su carrera a partir de una narrativa propia. Decidimos entonces reconstruirla a partir de entrevistas realizadas a sus familiares, que en realidad fue idea del director de la casa y que incluso propuso , que para facilitar dicha reconstrucción, nos entrevistáramos con más de un miembro de la familia por caso. Esto implicaba concertar una cita con familiares dispuestos a participar en la entrevista.

A partir de este acuerdo, se programaron una serie de reuniones que tenían el objetivo de conocer los casos que más generaban inquietud y tener la oportunidad de entrevistarnos con los familiares, sobretodo quienes habían ocupado el rol de cuidadores principales, así como con otros acompañantes que pudieran aportar en la reconstrucción del caso. En total se revisaron 11 casos en 11 sesiones, en las cuales de manera privada, en un espacio que el director de la casa dispuso para tal propósito, realizábamos una entrevista grupal por caso, es decir, una entrevista en la que participa al mismo tiempo el cuidador principal y otro acompañante (en ocasiones otros dos), que debido a su involucramiento podían brindar un aporte relevante para la reconstrucción de la carrera del adulto residente.

Las entrevistas, más que una guía, siguieron algunos temas generadores que facilitaron la narración por parte de los y las participantes tales como: ¿nos quiere contar qué es lo que sabe de la vida de María? ¿Cómo fue que entró en contacto con ella? ¿Nos podría contar cuáles fueron los principales obstáculos con

los que se enfrentó durante el tiempo que usted estuvo cuidándola? ¿Cómo es que dieron con esta casa?

Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de quienes participaron en ellas y posteriormente fueron transcritas, con el cuidado de marcar los cambios de narradores (as).

El análisis de las entrevistas se realizó en dos fases: en primer lugar se estableció una matriz de acuerdo a cuatro categorías teóricas: contingencias de carrera, sistema de agentes y agencias, valoraciones morales y condiciones relativas a la dignidad (bienestar y seguridad). A partir de estas categorías se realizó una primera lectura de las entrevistas que nos sirvió para integrar otras dos categorías emergentes, es decir, que surgieron a partir del contenido de las narraciones, obteniendo un total de seis categorías analíticas a las que se les otorgó una definición operativa, que sirviera para facilitar su identificación posterior dentro del contenido de las entrevistas. Estas categorías emergentes son las siguientes: inicio de carrera y dilema moral. A partir de estas seis categorías analíticas se realizó una nueva matriz (anexo 4).

A partir de esta matriz se realizó una nueva lectura de las entrevistas utilizando como auxiliar para ordenar la información un software para análisis de información cualitativa (Quirkos).

4. Resultados

A continuación presentamos los resultados obtenidos a partir de las entrevistas que fueron analizadas con base en las categorías anteriormente expuestas. Hemos colocado diversos fragmentos de los relatos con el fin de clarificar algún argumento pero sobre todo para dar voz a los y las narradoras. Es importante aclarar que todos los nombres que aparecen fueron modificados con fines de proteger la confidencialidad. Al final de cada fragmento aparece un nombre ficticio que no corresponde a la persona que narra, sino a la persona a quien se hace alusión es decir, la persona que reside en la casa hogar con el fin de que el lector cuente con alguna referencia. De manera similar, los nombres de las diversas casas de acogida que se mencionan fueron sustituidos.

Inicio de carrera

Podemos definir el inicio de carrera como el evento que en retrospectiva es reconocido como el desencadenante de la carrera moral. Aunado al deterioro de la autonomía a consecuencia de

la edad, este evento es frecuentemente un padecimiento o un suceso que compromete la salud como un accidente. Por ejemplo, es reconocido por la literatura a nivel internacional que las caídas constituyen uno de los eventos que con más frecuencia determinan una dependencia, principalmente en adultos mayores (Hindmarsh y Estes, 1989; Gac et al, 2003; Ruelas y Salgado 2008; Silva et al, 2012).

En el caso de las personas entrevistadas, estos eventos son bien identificados y es frecuente que hagan referencia a ellos como sucesos que implicaron un cambio de vida tanto para el sujeto como para los allegados.

> Mi papá vivió con mi hermana en un cuarto que él hizo ahí, ahí lo tenía, pero desde que lo atropellaron, porque a él lo atropellaron, y... [lo que pasó fue] mi hermana se lo llevó con ella, le hizo un cuarto, pero la costumbre de él era salirse, ir a tomar, era bien borracho, y así se llevó su último tiempo de que anduvo en la calle caminando, y fue cuando le cambio la vida a él, le cambio la vida a todos, y cayó al hospital, lo operaron de las cervicales y este, estuvimos… vivía con mi hermana, mi cuñado lo llevaba a las terapias y yo trabajaba en rehabilitación ahí en el seguro, y lo llevaba a rehabilitación mi cuñado. (Jorge, 80 años).

Sin embargo, de acuerdo a la distinción previamente discutida entre enfermedad, padecimiento y malestar, podemos aseverar que no es propiamente el evento el determinante para iniciar la carrera moral, sino el marco social en el que este se presenta.

> …hubo una ocasión [en] que se cayó, no recuerdo en qué fecha y todo, pero se cayó, se pegó, no sé qué… ese brazo lo traía así, así, y movía el otro, y [le digo] "ya tío, párese" y no lo quería mover, [le digo] "tío, vamos a ponerle la playera" [y se quejaba] "¡ay, ay, ay, ay!", pero luego de repente lo dejabas así de ver, y

> que "ay" que hacía, [le preguntaba] "¿te duele o no te duele, qué es?" [yo decía] bueno, está bien, pero [luego] como este [brazo] lo hizo muy rígido al pegarlo a su cuerpo, nosotros ya […] pero ya después ya le dolían mucho sus rodillas y la espalda y caminaba todavía pero después hubo un momento ya que las rodillas y ni la espalda… yo creo que [él] los dejaba avanzar [sus malestares], y en el año pasado fue cuando ya quedó, se puede decir, postrado en cama, ya nada más estaba acostado y sentado, acostado y sentado, y luego se estaba a de cuenta [sic] estaba aquí la cama y [allá] de que una mesita y de aquel lado está, hmm, la puerta, nomás se agarraba de la mesita y cerraba la puerta y ya se venía y se sentaba pero en ese tramo estaba feo el piso, sí, si se cayó varias veces… (Ignacio, 87 años)

La posición social del sujeto y sus allegados, así como otras situaciones constituyentes de las relaciones sociales presentes, como la situación de soledad o el aislamiento del sujeto en cuestión, configuran la manera en que un evento pueda ser lo suficientemente relevante como para determinar una dependencia y que esta misma sea valorada como tal. Como vemos en el caso anterior, es notorio que este marco social se tradujo en que el sujeto no haya tenido acceso a ninguna atención médica lo que posiblemente hubiera cambiado su trayectoria. Por otro lado, de acuerdo a lo narrado, las condiciones de vida del sujeto entre estos la vivienda, configuran no únicamente un riesgo para sufrir caídas constantes, sino un deterioro de la autonomía.

Sin embargo, es importante señalar que es el reconocimiento por parte de algún agente, de un nexo causal entre algún evento, ya sea un accidente o un padecimiento, y el deterioro de la autonomía, que podemos decir que la persona ha entrado a formar parte de una categoría social de *adulto dependiente*. En absoluto pretendemos negar la existencia de una situación material y biológica que explique un deterioro físico o cognitivo, no obstante esta no puede ser reconocida sin la intervención de

un agente que brinde un marco de interpretación para los familiares, a través del cual estos mismos puedan explicar y darle sentido a lo que sucede. Insistimos en que esto es un proceso central para que la familia identifique al sujeto como una persona dependiente. Por las razones discutidas previamente, en este contexto social el agente determinante para categorizar a una persona es el profesional de la medicina hegemónica.

> -Y de su mente, ¿cómo lo ve usted?-, ¿que está al cien? No, no está al cien de que tenga demencia sinil [sic], porque apenas lo estoy conociendo, porque apenas lo estoy conociendo de esta que yo tengo verdad, si, por una amiga, este, creo que no, algo trae pero no sé exactamente que sea porque le hicieron un tac en la [clínica] cuatro el año pasado. Mencionó el geriatra que no sé en qué época de su vida que le dio tipo embolia leve pero le dio yo dije ¿cuándo? ¿ahorita de viejo? de joven, yo dije, a lo mejor le dio embolia y yo le dije ah entonces por eso tiene el brazo así porque me dijo derecho [lado] digo, mi lógica era así. [El médico] dijo, no, si le da de ese lado [señalando el lado izquierdo de la cabeza], es de este lado [señalando el lado derecho del cuerpo], o sea me dio la explicación le dije ah no, entonces no sé, no, la verdad nunca supe si le dio si le dio embolia y si yo lo llegué a ver no, no, yo no lo llegué a ver. (Ignacio, 87 años)

Es muy claro que la explicación para el familiar de lo que sucede con su padre, a quien prácticamente no conoce debido a que no ha mantenido ninguna cercanía, se realiza a partir de categorías del ámbito de la medicina alópata. Es a partir de este marco, que el deterioro que reconoce en su padre cobra sentido.

Otro ejemplo se plantea en la siguiente narración, en la cual la persona entrevistada hace uso de categorías médicas para explicar la situación su madre pero además puede observarse con claridad, que es a partir de la explicación que formula, que

tiene un marco lo suficientemente coherente para valorar la situación que padece esta persona, como una dependencia.

> Bueno ahorita ella es diabética, eh, tiene depresión [sic] alta, hace no sé, hace como 5 años le dio una embolia, al cerebro, y este, ahí ella quedó mal de… en el aspecto de que no habla bien, no habla bien, este, recién de que salió de eso, o sea, eh, ella no reacci… ella no nos conocía, ella no nos conocía, no hablaba, no coordinaba nada, nada, ella estaba ahí en cama en la clínica, ya pasa, ya pasó el tiempo, ya empezó a reaccionar, a conocernos, empezó… empezaba a comer sola, batallaba porque se la comía su manita, se le iba para otro lado y así. Cuando le dio la embolia, se fue con mi hermana un tiempo, y luego ella se quiso regresar a la casa, se regresó a la casa pero… pero ella no podía estar sola porque ella estaba saliendo de la embolia, ya caminaba, ya caminaba y todo, este, caminaba así como anda ahorita, traía andadera pero caminaba más que ahorita, horita [sic] ella es… la andadera es indispensable para ella. (Gloria, 90 años)

Es importante señalar igualmente el hecho de que esta constante traducción entre el padecimiento (experiencias del sujeto y allegados) y las enfermedades (categorías realizadas por los médicos), tiene un papel fundamental en la determinación de la trayectoria social del adulto dependiente, de manera que en algunas ocasiones la consideración de que dicha persona sufra de alguna enfermedad cuyo cuidado se encuentre lejos del control de la familia, sea decisoria para su institucionalización. De la misma manera, la serie de consideraciones acerca de los riesgos que puede tener el adulto dependiente por el mismo hecho de sufrir una enfermedad, puede precipitar esta decisión. "Sí, sí yo… yo o sea yo por eso le decía a mi hermano, es que ya mamá tiene que estar allá, mira aquí se te cae aquí, como vas a correr tú con ella…" (Gloria, 90 años).

Contingencias de carrera

De acuerdo con lo señalado en el capítulo anterior, definimos contingencias de carrera como aquellos elementos que en retrospectiva han sido determinantes en el curso de la carrera y definitorios en el destino final del sujeto (el internamiento) y en sus condiciones de vida. Pueden ser eventos como un padecimiento del cuidador, un accidente o situaciones más estables como la posición socioeconómica de la familia o el nivel afectivo que existe entre el sujeto y sus allegados.

Vínculo afectivo

Podemos aseverar que cualquier carrera se encuentra determinada fuertemente por el tipo de vínculo que existe entre el sujeto y cualquier institución social como la familia u otro tipo de sistemas normativos. Esto es evidente en cualquier relación incluso en situaciones donde los vínculos que se establecen son más bien impersonales como los que podrían establecerse con una organización. Por ejemplo, en algunos estudios se ha mostrado que la regularidad de atención otorgada por parte de un sistema de atención médica asistencial determina en gran medida la serie de experiencias y tipo de vinculación que la población atendida mantendrá con la institución durante el curso de esta relación (Parizot, Chauvin y Paugam, 2005). Así que cuando los vínculos son esporádicos en el caso de que la atención médica recibida sea ocasional, la población tenderá a experimentar vivencias que valoran como humillantes principalmente por la referencia directa con una situación propia de pobreza que se niegan a aceptar, en cambio, si la interacción entre la institución y la población es regular o constante existe una ten-

dencia a que los individuos comiencen a percibir que la atención y la asistencia brindadas son necesarias por la misma situación de pobreza que anteriormente pudieron haber negado. De esta manera es posible identificar con cierta claridad que el tipo de vínculo mantenido entre la institución y el sujeto modifica las valoraciones sociales otorgadas a un mismo hecho.

En el caso de los adultos dependientes cuyo destino en común es la institucionalización, el tipo de vínculo entre el sujeto dependiente y el cuidador determinará en gran parte las demás contingencias de carrera. Es decir, las dificultades enfrentadas, los dilemas morales y las valoraciones otorgadas a hechos parecidos serán de muy distinta índole. Mientras que una persona que ha cuidado a su madre durante mucho tiempo perciba que la decisión de llevarla a una institución para su cuidado es una decisión dolorosa, sometida a tensiones y frecuentes cuestionamientos morales, asumirá la institucionalización como algo necesario, no sin excluir por completo el sentimiento de culpabilidad.

> Pero el día que yo la traje, el martes, veníamos bien nerviosas mi cuñada y yo, y nos agarramos a llore y llore, lloramos lo que pudimos ahí en la casa, porque igual me dice mi cuñada "te lo juro que es lo que menos yo quería" que mamá se fuera otra vez [al asilo] le digo pues imagínate yo que es mi mamá, tú eres nuera, yo soy hija, y que me tocó estarla cuidando, este, pos me duele pero, ni modo, me puede también mi hermano, le digo, tenemos que llevarla. (Gloria, 90 años)

La cita anterior corresponde a la hija de una señora de 90 años quien durante el transcurso de la entrevista aclaró en diversas ocasiones la existencia de un vínculo muy cercano. Es claro el sentimiento de culpabilidad manifestado ante una institucionalización que ubica como la mejor solución para proteger cierto equilibrio en la relación con otros miembros familiares.

No está demás señalar que este tipo de vínculo que podemos caracterizar como cercano, se manifestará en el acompañamiento brindado al sujeto, independientemente de la ocurrencia de una institucionalización.

> Pues yo toda mi vida la he cuidado, toda mi vida la he cuidado… yo ahí estuve con ella, con, ósea ahí me la pasé con ella, porque una de mis hermanas trabaja, la otra ya está grande, yo soy la más chica de las tres, ya se imaginaran como esta ella, (risa) la más grande, tiene como 70 años, la otra, y mi otra hermana, es, namas [sic] me lleva un año, pero ella es la que trabaja, entonces yo soy la que me la pase ahí, en la clínica, no y siempre que pasa eso de que me la paso con ella , cuando la internan yo me la paso con ella. (Gloria, 90 años)

Como se manifiesta en la cita anterior, el tipo de vínculo que existe entre la cuidadora y el sujeto responde a su vez a otro tipo de contingencias, como la situación laboral que es un factor determinante en la definición de los roles de cuidado como ahondaremos más adelante. Consecuentemente el tipo de vínculo también constituye en elemento fundamental para explicar la cercanía que se manifiesta posterior a la institucionalización, como puede observarse en la siguiente cita del mismo familiar que había remarcado el estrecho vínculo que mantenía con su madre.

> Yo vengo todos los días todos los días menos los domingos porque me lo tomo para mí, para mi hija y pues para hacer pagos que se requieren pero yo vengo todos los días de perdido una hora o una hora y media aquí estoy. (Gloria, 90 años)

Por el contrario, una persona que ha mantenido un vínculo inconstante, incluso distante con el adulto dependiente, intentará tempranamente su institucionalización y percibirá que esta

ha sido la única opción posible considerando las dificultades que se presentan, incluyendo las condiciones de vida del sujeto que en estas ocasiones son objeto de valoraciones negativas que hacen referencia a la miseria o a situaciones que se mantienen fuera de control, como pueden verse con claridad en la siguiente secuencia de hechos narrados por un familiar.

> …la verdad nunca tuvimos un tipo de acercamiento con la familia, a pesar de que estábamos a cuatro cuadras de distancia nunca fue un encuentro familiar de que "ay, que ya vino", no, siempre él fue el que nos visitaba… yo no sé cómo se adopta ese muchacho que se llama Javier y tiene los nombres de ellos Ramos García, creo que es el nombre de él es el único que medio veíamos así como que ubicábamos que el existía, pero cuando pasa el accidente de mi tío, cuando perdió el ojo, aparece uno así de repente en la casa preguntando por mi mamá "¿oye esta mi tía Norma?" [le contesto] no ¿pues quién eres? [y dice] "no pues soy el hijo de Ignacio", entonces de que fue… pues el hijo de Jorge se llama Pancho [le pregunto] tú te llamas ¿cómo? [y responde] "No, Alejandro" [le digo] mmm, bueno. Ya lo deje de ver, nunca lo vimos, nunca. No sé si fue a consecuencia del accidente que tuvo mi tío de cuando perdió el ojo, ahí si no traigo mucha noción de eso de cuando se desaparece ese muchacho, pero si supe que tuvo un matrimonio antes mi tío, que época no sé, con quien tampoco, nomás que supe que se casó y se divorció y tuvo dos hijos, dos varones… mi tío vivió muchos años, muchos años… toda su vida en un tejaban en el cual él nunca le dio una manita de gato, se vino acabando, todavía está en pie el tejaban, pero no sé si porque fue hombre o porque vivió solo o por qué pero nunca le dio una manita de gato, pues se ve mal el tejaban para mi vivía en una extrema pobreza… y yo le digo tío vámonos ándele, a un lado ándele, vámonos a un lugar. No yo aquí no me muevo y no me muevo y no me muevo…" lo metimos en un asilo en noviembre este de que de que año se llama San Nicolás. No recuerdo, no, realmente no tene-

> mos queja del asilo la verdad pero cuando se nos enferma de neumonía o deshidratación ellos me hablan un lunes, un lunes en la tarde, un lunes en la noche y le digo a mi esposo tengo que irme al asilo… (Ignacio, 87 años).

A partir de esta secuencia de eventos que reconstruimos de la narrativa, podemos sostener que la fragilidad del vínculo es uno de los determinantes fundamentales para la institucionalización e incluso del alejamiento con el sujeto ya estando este dentro de una institución, como se manifiesta al final del fragmento narrativo.

> …Igual bueno, así es, este, ella muy independiente, ella solita o sea nosotros lo que hacíamos era por instancias de mi mamá [que decía] "Hay que ir a ver la tía, hay que ver qué onda" ¿verdad?" ok, íbamos, no la encontrábamos, si la encontrábamos… o sea la verdad ella era muy independiente, este, un buen día nosotros íbamos, yo al menos iba cada semana a verla, a ver que le faltaba, este, resultó que un buen día ya no la encontramos y resulto que estaba aquí [en el asilo], verdad, o sea no fue algo planeado que nosotros dijéramos vamos a buscarla y llevarla aquí y llevarla allá, este, lamentablemente como ella era sola, ni muy apegada a la familia pues tampoco no se creó un vínculo fuerte de sentimientos sin embargo pues sí, es la tía, es la hermana de mi mamá, pues nosotros al igual que otros primos le hicimos, o sea bueno, ya la… este, cooperar para pagarle su, su estancia aquí, verdad… (Lupe, 78 años)

En estos casos, es manifiesto que aunque la opción de la institucionalización no se encuentra sujeta a ningún tipo de conflicto de índole moral, existe una marcada disposición familiar para hacerse cargo, incluso si se mantiene un distanciamiento, la responsabilidad se refleja exclusivamente en la cooperación monetaria o esta disposición está sujeta a otro tipo de valoraciones del tipo de compromiso moral, como puede ser esta petición de la madre para no desproteger a la tía.

En el caso de que el vínculo afectivo sea nulo, la trayectoria social del adulto dependiente estará sujeta a otro tipo de valoraciones y acontecimientos, situada en muchas ocasiones en el contexto de conflictos intrafamiliares relacionados con el tipo de cuidados y las dificultades para establecer acuerdos relativos a estos mismos. En ocasiones estos conflictos se originan cuando entre los miembros de la familia existen diferentes valoraciones morales que derivan en distintas percepciones acerca del compromiso que debe asumirse respecto al cuidado del adulto dependiente.

> Él anduvo siempre fuera de, de Monterrey, trabajando y inclusive [sic], él como si estuviera soltero, él nomás cumplía con mandar y ya. No lo mirábamos, mi mamá es la que fue padre y madre para nosotros, ella nos sacó adelante… yo digo que siempre en un hogar en una familia, casi siempre, es el padre, el que debe de estar al pendiente de los hijos, cosa que mi papá nunca hizo… Cumplió, pero nunca te dio un abrazo, nunca te dio cariño, nunca, a nadie, a nadie de mis hermanos. Entonces ahorita tengo un hermano, el más chico, no quiere saber nada de él, no quiere saber nada de él, él dice que no, no siente nada por él, nomás por el apellido y por el acta de nacimiento que aparece ahí como padre, pero él no siente nada por él. (Jorge, 80 años)

Puesto que quien narra es el cuidador principal, asumimos de acuerdo al contenido de este fragmento de la entrevista, la existencia de una percepción de distancia que comparten ambos hermanos. Sin embargo para uno de ellos, el más chico, es suficiente para anular cualquier compromiso moral y por lo tanto se mantendrá alejado de cualquier responsabilidad relacionada con el cuidado, incluyendo la económica. Esto como es de esperar es una fuente continua de fricciones que determinarán, ante la sensación por parte del cuidador de encontrarse solo frente

al cuidado de su padre, la decisión de internarlo. Posterior a la institucionalización, las diferencias entre los hermanos se trasladan a otros miembros de la familia, lo que se traduce en que fuera de quien ha asumido el compromiso moral, la familia mantenga abandonada a la persona.

Compromiso moral

Como hemos podido apreciar, la percepción del compromiso moral juega un papel muy relevante en la determinación de la carrera moral. Si se encuentra presente, favorecerá la disposición por parte del cuidador y/o demás allegados por mantener un vínculo con el sujeto, o por lo menos para realizar ciertos esfuerzos que contribuyan a garantizar una situación mínimamente digna para el dependiente, aunque pueda mantenerse cierto distanciamiento.

> …lo que hicimos fue decirle a los primos "pues está ahí así y asá", y somos unos primos y por decir no son el 100% de los sobrinos, verdad, somos de alguna manera aquellos que estamos más conscientes o que ahí nos toca un poquito la cuestión de conciencia o moral, no sé cómo decirlo y pues de alguna manera con más sacrificios unos que otros porque aparte hay aportación para mamá. (Lupe, 78 años)

En este caso, se apela directamente a una "conciencia moral" que señala una normativa social a cumplir, sin embargo esta apelación puede adoptar la forma de considerar la posibilidad de que el abandono sea padecido uno mismo, lo que constituye un compromiso moral de otra índole, podemos decir que autorreferenciado.

> Ni modo de haberle dado la espalda, pues que hago, ni modo, tengo que darle para delante hasta que Dios quiera pero mi hermano no entiende le digo, ya estas viejo, al rato te van a rumbar [sic], tus hijos te van a tratar igual como tú tratas a tu padre, no, no, debe de cambiar tu carácter, no, no debe... él por sus hijos y yo por los míos. (Jorge, 80 años)

Otro tipo de compromiso moral surge cuando existe una valoración clara de reciprocidad, como puede ser un sentimiento de una deuda adquirida con el adulto dependiente, como en el fragmento siguiente, en donde la entrevistada manifiesta un notorio agradecimiento por ciertos comportamientos adjudicados a la persona, aunque claramente también intervienen asuntos religiosos.

> Yo entré más doy, Dios me bendice, y yo veo que Lucha nos dio este, como se dice… una experiencia, una lección, dice de que ella enferma no habla y todo y sé que ella [cuando] llegábamos a su casa y nos daba la cama, nos decía que nos acostáramos ahí, y le decíamos ¿y tú, Lucha? Y como no hablaba respondía "mmm" y decía que en el sillón, entonces digo, que bárbara, ella se despojaba para darnos y nosotros no le podemos dar algo… entonces pues así gracias a Dios ya, ya le dimos, batallando pero aquí estamos (Lucha, 60 años)

El compromiso moral puede estar conformado por un mandato, es decir, por una prerrogativa generada por una autoridad real o imaginaria. Este mandato puede ser moral si corresponde a los valores asumidos por el sujeto o legal si corresponde a una normativa jurídica. El primer tipo de mandato, el moral, puede adquirir la forma de una petición directa por parte de alguna persona a la que se le tiene gran afecto o respeto, como en el ejemplo siguiente en donde quien realiza la petición es la madre de la cuidadora.

> Mi mamá siempre nos decía que cuidáramos de mi tío, dice "nunca lo dejen solo, no me lo dejen solo", no sé si refería como iba a ver la situación en un futuro porque al final de cuentas vemos cosas que no sabemos, ¿verdad?, este, o veía la situación de que su carácter o su estilo o donde él vivía o donde vivió con mis tías siempre, era terreno de mi mamá yo creo, pensaba mi mamá, "me voy a morir o me lo van a correr", ¿verdad? y siempre dijo mi mamá; no se olviden, no me lo abandonen, si yo ahorita tengo 47 yo creo que cuando me lo dijo mi mamá, o nos lo dijo, yo tenía como unos 15 y no entendía por qué, yo no entendía por qué... bueno, pasa el tiempo, fallece mi mamá, falleció otro hermano [...] (Ignacio, 87 años)

Por su parte, el mandato legal se ejerce cuando un tercero coacciona el cumplimiento de una responsabilidad amparándose en lineamientos jurídicos, o el sujeto de obligaciones asume una exigencia moral motivado por la posibilidad de ser sancionado legalmente en caso de no acatar dicho compromiso. En el caso siguiente puede observarse la exigencia del cumplimiento de la obligación moral por parte de una institución que actúa respaldada jurídicamente, de manera que inclusive el personal de esta agencia acude acompañado de la policía.

> [Fueron del DIF a casa de la novia del señor por una denuncia de maltrato a un adulto mayor] "oiga señora pero ¿por qué lo tiene así?, los vecinos se quejaron de que está grite y grite y usted no le hace caso, ¿y qué es suyo?" [le preguntaron] "no pues es amigo", "¿y los hijos?, "no pos tiene tres hijos pero yo le quería ayudar a una hija de él", [le contestan] "¿cómo lo tiene ahí afuera?", le tomaron fotos y todo, una licenciada en psicología, una licenciada delegado y fue otra trabajadora social, las tres y la policía [nos dijeron] "no pos arréglenlo porque nos lo vamos a llevar a la hija, al que está más cercano" no pos [se lo llevaron] a mi hermano, se lo llevaron en la madrugada, total que no terminamos ninguna solución y dijo la licenciada, dijo, "me voy

> a salir, pero quiero que lleguen a una solución, aquí tiene que haber una solución, aquí no se puede quedar todo esto a medias, o se van pa' delate ustedes, es un delito esto" dije, no pos, déjame hablar con ella, y total que ya hablamos, y es que ¿qué más se hace?, ya estamos aquí, y si no queremos nos van a meter al, al bote, dije, porque ya es otro, ya que más, y como él estuvo en la policía rural pues sabía todo de eso. (Jorge, 80 años)

No obstante, es importante que señalemos que todo tipo de compromiso moral responde al cumplimiento de normativas sociales que dirigen el comportamiento respecto a los adultos dependientes, ya sea que se encuentre explicitado de manera escrita, como es el caso de los mandatos legales, o se ejerza a partir de una relativa libertad individual. En este sentido, es indiscutible que socialmente existe una expectativa acerca de las obligaciones que tienen los hijos respecto a sus padres, obligación que como en el caso de México se encuentra reglamentada. Sin embargo, esta obligación es percibida en la mayoría de las veces de manera independiente a las estipulaciones jurídicas, lo que quiere decir que se realiza sin necesidad de una disuasión y se asume como si fuese natural. De tal manera que la mayoría de los hijos responden a este compromiso moral independientemente del pasado de sus padres y de la manera en que perciban que fueron tratados por ellos (Theixos, 2013).

El siguiente fragmento es un claro ejemplo de la valoración de este compromiso moral adquirido por la filiación y que adopta una forma de reclamo a su hermano por considerar que éste carece de dicho compromiso.

> Mi hermano, no sé, ya ahorita ya se despegó más, como que ya llegó la edad que se aisla, que ya no quiere saber de nadie, inclusive con nosotros […] no pos, depende de uno mismo, le dije, como es posible, que yo a mi papá, al único que tengo, lo voy a arrumbar ahí, no, porque él fue que nos dio la vida, de él es-

> tamos porque estamos aquí, tú debes estar agradecido con Dios porque aún lo tienes, pero no, tú no… porque como que para ti no te importó. (Jorge, 80 años)

La ausencia de compromiso moral de algunos miembros de la familia, además de condicionar un esfuerzo mayor para quien asume el rol de cuidador principal, constituye la raíz de diversos conflictos familiares, que al confrontarse en diferentes posicionamientos morales respecto al cuidado del sujeto puede dar pie a distanciamientos familiares o verdaderas confrontaciones como lo hemos hecho notar pero que abordaremos con mayor detenimiento a continuación.

Conflicto

El conflicto manifiesta intereses contrapuestos o antagonistas entre dos o más miembros de los allegados, sin embargo estos pueden consistir en una tensión, cuando este antagonismo permanece latente y únicamente se percibe subjetivamente, o puede constituirse en una disputa, cuando esta confrontación es manifiesta. Ambos tipos de conflicto pueden generarse entre distintos miembros de allegados y estar relacionadas con el sujeto, pueden manifestarse en una confrontación directa con el sujeto o bien, pueden ser independientes al sujeto aunque siempre conforman parte de un contexto que determina la trayectoria del adulto dependiente.

En el caso de los familiares entrevistados, donde la posición socioeconómica es desfavorable, muchas de las tensiones tienen un origen de tipo económico.

> A veces me siento muy presionado por los problemas económicos que hay en mi casa, y como en mi casa pues son gastos de

> escuela, tengo un hijo en la facultad de medicina, y tengo a mijo que va a entrar a la facultad de odontología, entonces yo tengo presión por lo económico, yo tengo esos gastos y aparte, pos para acá, y para la comida y pa' esto, y mi hijo, está trabajando y me ayuda con los gastos, ellos si han venido a ver a su abuelo, pero por el trabajo no vienen seguido (…) pero en esa cuestión si, el problema es lo económico, que ahorita mi hermana ya no puede, inclusive le dije a mi hermana este, como le vamos a hacer, yo no puedo muchos gastos y si yo pudiera yo te ponía la parte, pero no puedo, dice el licenciado dígale a su hermano, le dije no, él no me da nada, no me da nada, muy apenas manda lo de él, dice que no, (que) él tiene otros problemas, y yo los míos, en cuestión económica, pero de que me dé mas no me va a dar más, si no me da para el medicamento (ya) ni de que tengo dos años comprándolo, no me da ni un cinco, nomás lo que le toca, dice no en ese aspecto. (Jorge, 80 años)

Las tensiones pueden derivar en enfrentamientos directos sobre todo si estos conllevan una confrontación valorativa respecto a la mejor manera de cuidar de la persona dependiente, no obstante, estas pueden adquirir una forma de reclamo hacia el cuidador cuando algunos miembros de la familia perciben que éste ha puesto en riesgo su propia integridad. Esto puede llevar directamente a uno de los dilemas morales más importantes: la valoración que se haga entre proteger la integridad física y mental del cuidador o proteger el bienestar del adulto dependiente. Debido a la importancia que implica la presentación de este tipo de dilemas, hemos dedicado un apartado que se expondrá posteriormente.

> En Enero falleció (un hermano), cuatro de Enero, entonces, este, mi hermano el que sigue de ese que falleció dijo, el ya andaba con esa idea, él quería sacar a mi mamá, pasa mi hermano, y dice "¿sabes qué? yo no me voy a esperar a que namas [sic] vengan y me avisen que ya falleció mamá, yo no quiero que pase

> otra vez lo que lo que estamos pasando con mi hermano" y optó por sacarla, pero nadie queríamos que la sacara de aquí, no queríamos que la sacara, porque él está enfermo, aparte, él también es diabético y es muy corajudo, no la va a aguantar a mi mamá, ya la tuvo una vez y no la aguanto, bueno mi mamá no se aguantó, mi mamá es bien inestable, de que "ya no quiero estar, ya no quiero estar y ya no quiero estar" y se pone necia y empieza a pelear con todo mundo. (Gloria, 90 años).

Sin embargo, los conflictos relacionados con el tipo de cuidado, que antiguos cuidadores o miembros de la familia cercanos al adulto dependiente valoran como inadecuados, pueden orillar la decisión de institucionalizar a la persona sobre todo si consideran que dichos cuidados constituyen un riesgo o son condiciones que atentan contra la dignidad del sujeto y estos familiares al mismo tiempo consideran que dada su situación, no podrían asumir totalmente este cuidado. Esto puede verse claramente en el siguiente fragmento del relato que hace el hijo de un adulto mayor a quien la novia de este último lo había llevado a vivir a su domicilio.

> Y en una ocasión [la novia] me habló que estaba muy malo, traía una infección muy fuerte en el estómago, diarrea y diarrea y lo tenía todo batuqueado ahí en el colchón, llegue yo y [le digo] oye pero porque lo tienes así [me dice] "no, es que 'taba malo y ya no puedo" y ella tenía fiesta, estaba con unos amigos, carne asada, y todo eso, y el allá arrumbado, todo sucio… no pos me llevé [ahí] a mi hijo, lo bañe con manguerazo y vámonos, y órale, y a llevarlo a urgencias, allá adentro le pusieron suero, lo alivianaron bien, y ya me lo llevé otra vez y le dije a la novia, no me lo descuides quedamos en que lo ibas a tener en un cuarto [y me dice] "es que mira, aquí está viviendo, y es que no puedo tenerlo aquí" [y le digo] sino puedes dime y

> yo me lo llevo, pero esas condiciones en que lo tienes no, así no se puede, ¿cómo lo vas a tener ahí, como un animal? entonces iba y le daba la comida ahí, el [quien] sabe cómo comía, ella nomas se lo dejaba ahí y había un pato ahí que le ganaba la comida. (Jorge, 80 años)

Las tensiones dentro del ámbito doméstico, derivadas del cuidar de un adulto dependiente pueden transformarse en disputas a través de reclamos, cuando el cuidador principal percibe que el soporte recibido por otros miembros de la familia no es suficiente o que incluso este bajo nivel de apoyo puede manifestar un menosprecio de la persona a quien se cuida.

> Y luego en el aspecto de que mi esposa es muy asquerosa, no soporta que lo tenga yo ahí, ella no se metía a nada y pos todo me lo dejaba ahí por ser mi papá y yo… pero no, muy asquerosa, no, no, dijo no, te va a dejar todo apestoso y empieza y empieza, y a mí me da coraje y me da sentimiento, veda, porque es… es mi papá, y le digo que tal en su momento fuera tu papá, ¿Tú crees que lo iba a tratar así como a tu mamá?, No, tas mal tú, le digo, tas mal, le digo, debes de apoyarme en ese aspecto, tú eres mi esposa y esta es mi casa, es nuestra casa y aquí tan mis hijos, y que más hago, pero nunca la pude convencer de ayudarme, en ese aspecto nunca me apoyó ella, mi hermano y mi cuñada si tiene apoyo, y mi hermano no quiere y mi cuñada no quiere. (Jorge, 80 años)

Como hemos señalado, el cuidado del adulto dependiente puede situarse en un contexto de tensiones familiares o personales que ya existen independientemente del sujeto. Pero estas pueden exacerbarse por la carga emocional implicada en asumir dicho cuidado o pueden favorecer al menos, que confrontacio-

nes que no pueden ser explicadas exclusivamente por la tensión que genera asumir un cuidado, por más complicado que este sea, sean percibidas por los allegados al sujeto como originadas o relacionadas directamente con los cuidados que se brindan. Como podemos observar en el siguiente fragmento, la confrontación ha adquirido la forma de violencia física. Indudablemente esta violencia no puede ser atribuida a la carga generada por el cuidado asumido, sin embargo la percepción de que existe un nexo causal de este tipo por el cuidador u otros allegados, puede fácilmente convertirse en una forma de expiación, lo que devendrá posteriormente en una valoración acerca de la necesidad inminente de institucionalizar a la persona.

> Y ya peleaba mi hermano con mi cuñada y hasta le llego a pegar, porque mi cuñada le dijo "es que yo te quiero apoyar", a él, el problema que le digo [es] que mi hermano es igual que mi mamá, mi cuñada le dijo "vamos a sacar a mamá, yo te voy a apoyar, vamos a estar en paz, con tal de que tu tengas paz, de que tu mamá este con nosotros y las muchachas vengan y vean aquí a mamá" y está muy bien y que nos apoyen de alguna manera, verdad, pero mi hermano empezó con enojos, se molestaba, se enojaba, pero a mi mamá pos no, no le dice nada a mi mamá, ¿cómo le va a decir, veda? [sic] con la que se desquitaba era con mi cuñada, al grado de… creo que hasta la empujó, no sé qué le hizo a mi cuñada, que fue el día que mi cuñada me habló a mí, el sábado pasado, entonces dice "es que yo me voy, yo me voy" como yo ya tenía un mes que le estaba diciendo a mi hermano es que métela al asilo, ¿a qué te vas a esperar?, mira como estas tú, todo enfermo, todo estresado, yo te necesito porque, a de cuenta [sic] que él y yo somos los que más nos llevamos, nada más él y yo, él y otro de mis hermanos también con él, pero ósea yo con mi hermano más que nada, y las otras no lo pueden ver a él… no, no, no, no lo pueden ver, o sea, yo le decía, es que tú me puedes a mí, tú me haces falta a mí, mete ya a mamá, te vas a acabar, mira a mi mamá bien sana ¿y tú?, te

> vas a acabar, vamos a meterla entiende, y yo los voy a pagar. (Gloria, 90 años)

Como puede observarse, existe un contexto previo de tensión intrafamiliar evidenciado por el distanciamiento entre el cuidador y sus hermanas, en donde se sitúa el cuidado del adulto dependiente y finalmente, un miembro de la familia considera que la institucionalización de la madre puede solucionar un problema que valora como un riesgo inminente para la vida del cuidador. En este caso, también se presenta un dilema moral entre la decisión de internar a la madre o seguir sometiendo al hermano a un continuo riesgo.

Transgresión

Además de los distintos conflictos que se suscitan entre familiares y allegados, independientes o relacionados con el sujeto, pueden existir conflictos de muy distinta índole que atañen directamente al sujeto, es decir, en donde el adulto dependiente forma parte activa de una disputa. Sin embargo la transgresión, aunque estrictamente constituye una forma de este último tipo de conflictos, por la relevancia que tiene tanto para categorizar a un sujeto como en la determinación de su destino, adquiere una figura particular que la distingue de cualquier otro tipo de confrontación.

Podemos definir transgresión como aquellas conductas, por parte del sujeto, que atentan contra las normas sociales de comportamiento y que por consiguiente rompen de cierta manera las expectativas sociales atribuidas al hecho de pertenecer a una categoría de adultos dependientes. Ello lo coloca en una situación de rechazo social que es determinante para su trayectoria. La importancia de las transgresiones como determinantes

del destino de un sujeto es muy clara en el caso de pacientes psiquiátricos; por ejemplo Link (1987) ha mostrado que las personas que han sufrido un episodio psicótico tienden a ser valoradas a partir de este episodio, como personas con las que es difícil convivir y que suponen una amenaza debido a un comportamiento considerado errático y agresivo, lo que configura un claro distanciamiento social que afecta negativamente a estas personas en todos los ámbitos de relación (Angermeyer y Matschinger, 2003). Sin embargo, es destacable que este mismo rechazo social no se da en otro tipo de padecimientos mentales, como la depresión, en los que no existe un comportamiento claramente transgresor o disruptivo aunque puedan compartir con los otros un antecedente de institucionalización (Link, 1999).

En el caso de los adultos dependientes, el comportamiento transgresor puede ser cotidiano, lo que va generando tensiones intrafamiliares de tal índole que suscita un tránsito frecuente de la persona entre distintos cuidadores. Sin embargo esta transgresión aunque es objeto de una valoración negativa y rechazable es tolerada por si misma, debido a lo inadmisible que puede parecer en ese momento la posibilidad de la institucionalización, hasta que se añaden otras contingencias que convierten la transgresión en algo valorado como insostenible.

> Mi mamá se está en el plan de que, no [negativa], mi cuñada le daba una naranja para que se entretuviera y ya se la comía, y quería que le dieran más, y si no, le empezaba a echar de madres, con perdón de ustedes, le empezaba a echar, y luego no se dejaba cambiar, y al último ¿qué les hacía?, se quitaba el pañal de ella, sucio, y lo vaciaba así y les salpicaba todo el cuarto, eso era lo último que les hacía, si, bien tremenda mi mamá "y es mío" les decía "es mío", que no se lo quitaran, que era de ella. [le decían] "Mamá pero es que te queremos cambiar", "no, es mío, y váyanse mucho a no sé dónde", y mi hermano salía [y le

> decía] "deja que te cambien por favor, te están hablando", porque lo que sea, mi cuñada bien limpia, bien todo con ella, ella lo que sea, ella es bien, este, bien limpia con mi mamá, trataba de mantenerla limpia y todo, pero mi mamá no, no, últimamente ya no se dejaba, y les hacía eso, entonces mi hermano [le dijo] "deja que te cambien, deja que te cambien por favor, ya me tienes bien nervio… bien estresado", le decía mi hermano, "ya me tienes bien estresado mamá, porque si yo hice porque estuvieras con nosotros…", a mi hermano lo… mi hermano lo hizo por lo que les comento, no quería que mi mamá fuera a fallecer en un lugar sin su familia, ¿me entiendes? (Gloria, 90 años)

Existen sin embargo transgresiones que por su severidad generan una valoración negativa del sujeto de forma íntegra, ya no únicamente de ciertas actitudes o comportamientos. En este caso, la estrechez del vínculo no constituye un obstáculo moral para decidir la institucionalización sobre todo si esta transgresión se suma a otros comportamientos que aun considerados con menor severidad, son fuente de tensiones y disputas.

> "Es muy celosa mi mamá, [cuando] mi hijo tuvo su primer hija, su primer hijo, y yo primer nieto, pos yo me canalicé más con mi nieto, pero pos ahí estaban con ella [en la casa], y ella también quería mucho a mi niño, pero de ahí fue el distanciamiento, porque yo me retiré como unos cuatro años, distanciamiento y no [del todo], porque ahí estaba con mi hijo y yo pos iba cada semana con mi hijo. Entonces, este, ya de ahí ella le dio la embolia, [y en ese tiempo] la tuvo mi hermana, y mi hermana dijo "yo necesito que me ayuden", porque ella trabajaba y nos puso un día a cada uno para que la cuidáramos ahí en la casa de ella. Así quedo, no duró mucho tiempo porque mi mama se quería ir a la casa con mi hijo, o sea, a su casa, ella dice su casa, se quería ir a la casa y ya se la llevaron a la casa pero ya ahí no había quien la cuidara, mi nuera no la podía cuidar porque tiene…

> tenía en ese tiempo sus dos niños, estaban chiquitos y este, empezó mi mama a pelear con mi nuera, empezó a pelear con mi nuera al grado de que le tuvieron que hacer un a mi nuera… abrirle una puerta y mi mamá vivía arriba y ella vivía abajo, le tuvieron que abrir una puerta por otra casa para que mi nuera saliera, [porque] mi mamá peleaba con ella, le mató un perrito mi mamá a mis niños, les mató un perrito chiquito chihuahueño, o sea era mucho ya el celo de mi mamá como que ya era… ya se estaba haciendo enfermizo el celo que mi mamá sentía y ya no podía ver a mi nuera, ni a mis nietos, siendo que los quería mucho, me imagino yo que así empezó su enfermedad, no sé pero eso fue antes de que le diera la embolia, antes de que le diera la embolia, luego ya le dio la embolia, se fue con mi hermana un tiempo, y luego ella se quiso regresar a la casa pero ya la trajimos aquí. (Gloria, 90 años)

Se entiende que las tensiones originadas por algunos comportamientos del adulto dependiente hayan contribuido a provocar un distanciamiento con la narradora, pero es muy claro que el ataque contra la mascota suscita que la madre adquiera la categoría de enferma, lo que legitima la búsqueda de asistencia profesional.

Las transgresiones que ocurren dentro de la institución pueden provocar el alejamiento de allegados que tienden a considerar estos comportamientos como parte de una necedad particular del sujeto u otro tipo de valoraciones dirigidas a desestimarlo. Incluso, aunque no existe ningún indicio con base en las entrevistas que lo sugiera, podemos pensar que pueda ser una fuente de traslados inter institucionales cuando las transgresiones son también rechazadas por los trabajadores de alguna de estas dependencias.

> Mi papá es bien mal hablado y me dicen [en el asilo], oiga don Jorge se portó así y yo le digo [a él] no, que usted debe tratarlas

> bien, ellas no vienen a estar bajo su voluntad ellas tienen un trabajo, [y me dice] "y que esta me dijo esto y que esta…" y se queja de todo, yo ya no le hago caso porque sé que es él, aparte es una forma de llamar la atención pienso yo, pues nunca he estado ahí [y me dice] "pues ven más seguido o verme" o esto, o el otro, entonces yo no le hago caso porque, es cuestión de llamar la atención, que a él todo mundo lo trata mal y mi hermana viene y le echa maldiciones de repente [le digo] no, no te dejes, no tiene por qué, y dice no, él me entiende, él no me va a entender, el siempre cree que va a tener la razón. Y tiene el carácter fuerte y todavía echa sus gritos. (Jorge, 80 años)

Dificultades para el cuidado y dificultades familiares

Las dificultades para cuidar a un adulto dependiente y las dificultades que pueda tener la familia independientemente de dicho cuidado, son parte importante de las contingencias de carrera y aunque ambas están relacionadas y se traducen en obstáculos importantes para hacerse cargo del sujeto en el ámbito familiar y en algunas ocasiones pueden explicar desde la perspectiva de los allegados un distanciamiento respecto a la persona dependiente, tienen distintas fuentes y por lo tanto se manifiestan de manera diferenciada.

La distinción radica en que las primeras consisten en la serie de obstáculos para brindar el cuidado al sujeto directamente, mientras que las dificultades familiares pueden ser definidas como aquellos elementos que de manera contingente obstaculizan, impiden o dificultan el logro de los proyectos existenciales de los allegados al sujeto. Es decir, estas últimas no necesariamente se relacionan con el sujeto, sino que más bien constituyen el contexto en el que se desenvuelve su cuidado, aunque sí puedan manifestarse en las condiciones en que éste sea brindado.

Por ejemplo, pueden existir algunas dificultades que radican en impedimentos físicos de quienes han asumido el rol de cuidadores para poder otorgar la atención. Algunas pueden tener su origen en el deterioro de la salud, en la edad o incluso en ambas actuando de manera conjunta, aspectos que en definitiva determinan la decisión de la institucionalización.

> …ya no puedo levantarlo, mis brazos ya no los aguanto, levantarlo para bañarlo, párate para bañarlo y agárrate y voltéate y o sea, no puedo, no puedo, ya me siento inútil, no sé, será mi edad porque ya tengo 65 años entonces es bien difícil mi situación… Mi situación es muy difícil, yo la siento muy dura, muy difícil mi situación, la verdad no quiero decir yo, nombre si le digo yo, si tuviera más orden todavía por nosotros a lo mejor hubiera estado más joven y como que… y el chavo más grande lo siento que ya… ya estoy cansada, ya ahora si ya me siento muy cansada y pues también yo con mi enfermedad, he tenido varias así bajas y me sube la presión y me baja la presión y mis piernas ya no las aguanto, mis rodillas y me hinco y ya no me puedo parar, me voy para los lados, eso es lo que yo estoy [pasando] ahorita con mi enfermedad. (Ernesto, 40 años)

Aunque en ocasiones a estas dificultades físicas puedan añadirse afectaciones del estado anímico de los cuidadores, es decir, que constituyen dificultades más bien de índole emocional.

> Yo cuando mi hijo se enfermó, yo llegaba de trabajar y yo llegaba a mi cuarto a llorar, y ya [después] a dejar de llorar cuando llegara mi hija, porque luego me regañaba mi hija porque me decía "¿otra vez estas llorando?" y era un, una revelación contra Dios de, “a ver ¿por qué a mí? si yo ya tenía una cruz que era mi marido, ¿por qué me mandaba otra? veda. [sic] (Ernesto, 40 años)

Otro tipo de dificultades para el cuidado tienen que ver con las diversas responsabilidades personales que mantienen los cuidadores, por ejemplo el cuidado de hijos o las ocupaciones laborales. Sin embargo, puede que estas responsabilidades se conjunten de tal manera que sobrepasen la capacidad física y emocional de la persona, sobre todo si esta es a una cuidadora. Al respecto, la literatura reporta que aunado a una mayor implicación de las mujeres en el cuidado de los adultos dependientes, se añade la carga que supone el acúmulo de otras demandas por parte de los hijos y otras dificultades profesionales o sociales (Attias, 1992).

> Todavía no fallecía mi esposo y ya empezaba mi hijo el más chiquito también [con la enfermedad de Huntington] entonces, este, pues se me juntaron dos enfermos, ya no fue uno, fueron dos y la verdad que mi situación, mi vida... y yo diabética, porque soy diabética y ahí la llevo porque es muy difícil, desde comprar pañales, este, ellos tienden a comer mucho, a comer… si tú te descuidas ellos vienen a la cocina, y esto, y el otro, mi esposo iba, y ya se estaba comiendo la piña con todo y cáscara con toy… [sic] todo en un ratitito. Fue algo demasiado difícil, mi hijo Alfredo, su enfermedad fue muy agresiva, pedía una cosa y si no se la dabas así rápido o sea él nos torcía el brazo y me jaloneaba bien feo, a mi hija y a mí, verdad, mi hija ya chiquita pues empezó a ayudarme con eso, verdad, y a trabajar y a veces ella a cuidarlo y a veces… ya creció, se fue ella y ya dejo de estudiar para poder trabajar para yo poderlo cuidar y así estuvimos, luego mi hijo ahí duro 13 años enfermo y luego todavía te digo tampoco se moría mi otro hijo y ya empezaba Ernesto. (Ernesto, 40 años)

En este caso, además de los diferentes roles que son asumidos, la persona que narra es la cuidadora de otros tres miembros enfermos de la familia.

Añadiendo a las dificultades señaladas, se presentan obstáculos económicos y aquellos relacionados al espacio físico, como cuando este es reducido o no se encuentra adaptado a las necesidades que el cuidado de la persona amerita.

Respecto a las dificultades familiares, es decir, aquellas que constituyen más bien el contexto concerniente al cuidado del adulto dependiente, sobresalen las económicas y fundamentalmente los padecimientos de otros allegados a la persona que no son necesariamente del quien funge como cuidador aunque si lo afecten.

> …En ese tiempo estaba también internado un mi suegro, en el mismo hospital estaban internados los dos, con diferencia de un día, se internaron, mi suegro se quemó y ella estaba con la fractura en su pierna… (Gloria, 90 años)

Aislamiento y soledad del sujeto

Definitivamente la forma en que se sitúa el adulto dependiente respecto a las relaciones sociales es un elemento clave dentro de su trayectoria. Por muchas contingencias de la vida, sobre todo los adultos mayores van perdiendo vínculos que los van dejando en una situación de soledad. En este caso, esta situación no ha sido elegida por la persona.

> Y esta cuestión de que pues ya uno ya está grande, ya tiene sus años, y mi papá pues… pues que más le hace, está solo, ya nada más tiene un hermano que viene a visitarlo, todos sus familiares ya fallecieron, ellos vivían en León… (Jorge, 80 años)

En otras circunstancias, la situación se encuentra sometida en mayor grado a la decisión del sujeto, inclusive puede ser una característica de su biografía. En este caso la persona mantiene una situación de aislamiento libremente elegida. No obstante, un aislamiento puede ocurrir debido a las condiciones en las que el sujeto enfrenta su padecimiento, y aunque sigue constituyendo una decisión, la libertad de la elección puede ser cuestionada.

> Ella se encerraba, ella se encerraba, mi mamá se encerraba por dentro, tenía como delirio persecución, no sé, ella se encerraba toda, tenía su puerta y luego al entrar a otro cuatro mandó a poner un barandal de fierro y ahí se ponía y [con] candado, ella se encerraba sola. (Gloria, 90 años)

Valoración moral

A través de los relatos, nos podemos dar cuenta que la trayectoria del adulto dependiente se va configurando en medio de una serie de juicios de índole moral y que de alguna manera explican la forma que tienen los allegados para vincularse con el sujeto fuera y dentro de la institución. Por ejemplo, la familia puede percibir que pese a que la decisión de internar al sujeto es necesaria, es parte de un abandono. Esta valoración puede en algún momento incidir en que se mantenga una cercanía aun estando el sujeto dentro de la institución.
Este conjunto de valoraciones pueden dirigirse sobre ciertas acciones que recaen en el sujeto como forma de evaluar su biografía.

> Él llevo una vida muy desordenada en su juventud, él nunca agarro la responsabilidad de ser un padre porque siempre estábamos apegados a los abuelos, y el anduvo trabajando, eso si

> nunca faltó, por decir, como luego dicen "llevo el chivo a la casa", verdad, el anduvo siempre fuera de Monterrey, trabajando e inclusive, como si estuviera soltero, él nomas cumplía con mandar y ya. No lo mirábamos, mi mamá es la que fue padre y madre para nosotros, ella nos sacó adelante, entonces fuimos seis, seis hermanos (…) casi siempre es el padre el que debe de estar al pendiente de los hijos, cosa que mi papá nunca hizo, mi papá nunca estuvo al… ahí con nosotros, trabajaba fueras, él no vivió con nosotros, porque el siempre trabajo fueras por el trabajo y mandaba gastos y ya, pero nunca te dio un abrazo, nunca te dio cariño, nunca, a nadie, a nadie de mis hermanos, entonces yo había platicado con él y dice que [a] él su papá lo trato muy mal y es una secuela que vamos acarreando todos porque, si mi abuelo lo trataba a puro golpe, pues [entonces] el que cariño va a dar a sus niños si a él no le dieron, y ahí vamos, ahí va la cadena…"Me case de 30 años, y este, pa' mi mama fue un golpe muy grande y para mí también, y me case, me fui y este, como que no sé, como que yo era su, su lado derecho porque mi papa llegaba borracho la golpeaba y [era como] esa gente que llega a la madrugada bien necia y la golpeaba y yo me metía, y a veces no [la golpeaba a ella], a mí me pegaba y luego ya cuando ya agarre cuerpo, ya ahora si [le decía] véngase, a mi mamá no tiene por qué pegarle, ya tenía como 13 o 14 años, ya tenía cuerpo, y lo aventé, [le decía] ahora sí, véngase, no, por qué le pega, que culpa tiene que usted venga borrachote a la madrugada a levantarla [para] que le dé de cenar, no, no, no, [y] como que se calmó. (Jorge, 80 años)

En este caso el narrador deja muy claro, desde el punto de vista de su propia valoración moral, los motivos de que su padre viva actualmente una situación de abandono, en donde podemos situar su experiencia dentro de una relación violenta con esta persona, a la que ahora tiene que cuidar.

Como esta anterior, dentro de las narraciones, se pueden reconocer valoraciones que claramente hacen referencia a la

presencia o ausencia de la figura de la persona en la vida del narrador o de la narradora y principalmente tratándose del aspecto biográfico, el allegado califica de cierta manera el comportamiento del adulto dependiente manifestando igualmente su posicionamiento. Si este último es reconciliador, el adulto mayor puede tener cierto soporte.

> …sí, si sé porque yo cuando mi tío estaba ahí en la casa yo lo bañaba o lo bañaba mi hermana, bueno, no en mi casa, en la casa de él lo bañábamos [y decía] "chin… es que debe de venir uno de mis hijos, ¿pa' que chingados los quiero?" y quien sabe qué, y yo de que no pues sí, si no fuiste buen padre pues no creo que se acerquen, verdad, por más bueno que seas… pero bueno, también hay que verlo de otro lado, hay que perdonar (silencio)… (Ignacio, 87 años)

Es muy claro en este caso la manera en que esta narradora califica moralmente tanto las acciones de su tío, como la calificación que recibe su propia acción, desde una posición de reconciliación y que pudiera explicar que en este caso, ella haya asumido el rol de cuidadora, siendo la única persona allegada al adulto dependiente una vez que él se encuentra institucionalizado.

Otro tipo de valoraciones van dirigidas a calificar el comportamiento actual del sujeto y como se puede observar en el siguiente fragmento, esta calificación moral funciona a manera de dar coherencia a un comportamiento que puede ser poco comprendido.

> Andaba en la andadera en toda la casa, así como aquí, en toda la casa se los juro, en la andadera, [y hacía] como que lloraba, como una niña chiquita, llorando según ella, llorando, y mi hermano se ponía así, se estresaba de oír a mama así, decía "es que se me afigura [sic] que algo le duele", le digo, entiende, mi

> mamá es una niña ya, ella quiere llamar la atención ella quiere que le des de comer, eso es lo que mi mamá quiere nada más, "es que le acaba de dar, Carmen", quiere volver a comer, ella quiere volver a comer, y así, y eso era lo que mi hermano, le, le… se fue pa' abajo, por eso, porque él se mortificaba oír a mamá, que namas [sic] anduviera llorando, pero mi mamá ni lloraba, mi mamá no llora, porque los días que yo la cuidaba así me la hacía a mí, y yo sí andaba en aquel cuarto, yo me le iba para el otro cuarto y si andaba en este cuarto, yo me le iba a la lavandería a estarle lavando su ropa, cuestión de que no me encontrara porque a mí también me estresaba y yo pues yo soy de que… yo sé que a mí me hace daño eso, pero yo ya lo tenía entendido de que mi mamá es una niña chiquita y ahorita tengo que entenderlo así, le decía yo, es que, yo tengo que entender que mamá, mamá es una niña chiquita y va a andar así, va a andar en todos los cuartos, hasta que yo le haga caso, y ya me le ponía enfrente y [le decía] ¿qué pasó?, y ya le hacía de broma, ¿quieres una lechita? [contestaba] chi mamá, porque a todos nos decía mamá y papá, chi mamá, ándele vengase mi niña, vamos a darle lechita, porque por más que quiera estar comiendo, tampoco la voy a chiflar de estarle dando y dando, verdad, y eso es lo que mi hermano no entendía, mi hermano se estresaba a oírla llorar. (Gloria, 90 años)

Como es común en estas situaciones, la valoración que la narradora realiza sobre el comportamiento tiende a infantilizar al sujeto, en este caso como una medida para lidiar con la propia tensión emocional.

Otro tipo de valoraciones van dirigidas a calificar el carácter del sujeto, en algunas ocasiones con un componente de descrédito como cuando se señala la necedad, el intento de llamar la atención, o la irascibilidad como características de la personalidad del sujeto. No obstante, esta desacreditación también opera a través de valoraciones morales acerca de las conductas y comportamientos como hemos visto.

Otro tipo de valoraciones que reflejan claramente la tensión moral que existe entre los cuidadores, consiste en la manifestación de una contradicción entre el cuidado que otorgan, en comparación la expresión de afecto que reciben, es decir, una valoración respecto a la reciprocidad. En este caso, el cuidado del adulto dependiente se ejerce con un objetivo de solidaridad, es decir, sin recibir ningún beneficio a cambio, lo que ya ha sido reportado en otras investigaciones (Tamez y Ribeiro, 2009).

> Yo iba tres veces por semana, ya no podía ir porque vivía con el niño y así anduve hasta que me jubilé y mi papá pues, él no te agradece nada, él si yo le traigo… el día que yo no le traigo me echa hasta de lo que no [llorando], yo lo entiendo porque me acuerdo… pero él es bien duro, y mi hermano es igual que él. (Jorge, 80 años)

Esta constante tensión moral, un verdadero debate de conciencia que evalúa continuamente lo correcto acerca de la decisión de institucionalizar al sujeto, se manifiesta de forma muy clara en las valoraciones que realizan los allegados y cuidadores respecto a su propia conducta, como la siguiente narración en donde la persona entrevistada califica sus acciones y la de sus hermanos como egoístas, aunque al mismo tiempo asevera que la decisión fue finalmente la más correcta, no sin evidenciar una culpabilidad.

> Desde luego luego que nos la trajimos, a lo mejor me voy a oír mal y egoísta yo, yo volteé a ver a mi hermano así, porque decía mi hermano "voy a ayudarles, yo voy" pos porque él también sabía esos detalles de mi mamá, decía "no se nos vaya a poner mal mama allá, ¿y qué van a hacer con ella?" le digo nombre, no te preocupes ahí va Juan, mi esposo, yo todavía ahí protegiendo a mi hermano de que no se fuera a poner el también mal, entonces le digo no, no, no, aquí quédate, tu aquí quédate

> en la casa, ahorita te hablamos cualquier cosa te hablamos por teléfono, estate al pendiente del teléfono, tú no te preocupes, [decía] "de veras no, yo voy con ustedes", le digo no, no, no te vayas a poner tu mal allá también, aquí quédate, no pues ahí se quedó y ya le hablamos que todo estaba bien y ya. Y llegamos, llegamos a dejar a mi cuñada mi esposo y yo, y ya nos fuimos para mi casa y yo voltee a ver a mi hermano y era otro mi hermano, se vio que ya estaba, o sea relajado, le digo que egoísta somos los hijos a veces, pero a veces si es necesario, si es necesario desprendernos, en nuestro caso de mi mamá porque ya, si mi hermano bajo 14 kilos, 14 kilos bajo mi hermano, y este y le digo a mi esposo, mira mi hermano como se ve, el cambio de la cara, ya estaba riéndose despidiéndonos de nosotros, le digo yo les agradezco mucho que ellos hayan querido tener a mi mamá, más a mi cuñada porque ella fue la que la batalló, este le digo yo estoy muy agradecida contigo porque, ni nosotros que somos sus hijas quisimos batallar con ella. Y tu mira te arriesgaste a tenerla aquí en tu casa. (Gloria, 90 años)

En relación a la serie de valoraciones morales que se hacen acerca de las conductas de los demás allegados, algunas adquieren una forma de recriminación sobre todo si el cuidador percibe que el compromiso asumido por el resto de los involucrados no ha sido equitativo.

> …no me gustó la idea de que la, o sea, yo nada más la dejé yo de que no la pude cuidar, entonces sí, ya la metieron al asilo, y entonces a mí me dio mucho coraje, porque nadie pudo con ella (silencio). Yo hasta me enfermé por estar con ella, y nadie quiso batallar con ella, entonces [les dije] ¿saben qué? conmigo no cuenten para nada. Y yo no les daba dinero… (Gloria, 90 años)

Estas recriminaciones pueden generar un distanciamiento intrafamiliar que puede afectar la cercanía del adulto dependien-

te con la familia estando ya dentro de la institución. Sin embargo, esta última aseveración es contradictoria respecto a otras investigaciones que han señalado que en general el internamiento en una casa hogar no refleja ni es causa de una desintegración familiar, ya que éste obedece fundamentalmente al deterioro del adulto dependiente o del cuidador, no siendo en absoluto indicativo de las tensiones intrafamiliares (Bowers, 1988). Otros estudios apuntan a que más bien existe cierta continuidad en el tipo de la relación entre allegados posterior a la institucionalización del sujeto: las relaciones familiares cercanas tienden a continuar de este modo, mientras que aquellas que se han mantenido en tensión continúan con este mismo comportamiento (Dobrof y Litwark, 1977). O incluso, se ha reportado que las relaciones intrafamiliares conflictivas podrían mejorar debido a la liberación de una carga emocional severa, posterior a esta institucionalización (Smith y Bengtson, 1979).

Dilema moral

Como hemos apuntado anteriormente, la carga percibida por la familia u otros allegados del adulto dependiente, añadida a otro tipo de contingencias como las dificultades enfrentadas para brindar el cuidado, puede generar una contradicción con la serie de valoraciones morales respecto a un "deber ser" de este cuidado. En otras palabras, se genera un conflicto de valores suscitando una decisión que será sometida a constantes recriminaciones, culpas y estrategias de expiación.

Una de estas contradicciones se da cuando uno de los allegados percibe un inminente riesgo a la salud del cuidador por lo que intentará convencer a esta sobre la pertinencia de institucionalizar al adulto dependiente, lo que ya hemos mostrado. También es posible que el dilema moral se presente cuando el

cuidador o cuidadora perciba que la dificultad para continuar el cuidado ha sobrepasado su capacidad física y emocional.

> Eso es algo de veras, que no se lo deseo [comienza a llorar] a nadie, es tremendo, es bien difícil, es la situación que yo estoy pasando ahorita por él y yo me siento muy cansada, muy cansada porque le digo, batallé con mi esposo, batallé con mi otro hijo y ahorita estoy batallando con este otro hijo… y que ya le pido a mi Dios que se lo lleve a él y que enseguidita me lleve a mí, yo si ya me quiero ir con mi padre Dios, yo quiero descansar, la verdad, de mi situación ahorita actual… muy difícil, muy difícil, que no estoy completando y que tampoco puedo tenerlo en mi casa. (Ernesto, 40 años)

En estos casos, el dilema responde a una confrontación entre proteger el bienestar del cuidador o del sujeto dependiente. Sin embargo, también es posible que se de otro tipo de dilema cuando la cuidadora, como es en el caso que presentamos a continuación, percibe una afectación directamente generada por el adulto dependiente, como una agresión o rechazo. Los sentimientos de afecto se confrontan entonces con el sufrimiento que causa ser objeto de agresiones por la persona a quien se ha procurado. No obstante, la contradicción puede ser aún mayor cuando intervienen intermediarios o allegados, que en un intento por proteger al cuidador rechazan su vinculación con el sujeto.

> Yo no me arrimaba por lo que mí me había dictaminado el doctor, yo no me arrimaba, yo nada más acá por fuera les preguntaba cómo estaba, yo iba y la veía al hospital por fuera, o sea yo la veía de lejos, y en ese tiempo estaba también internado mi suegro, en el mismo hospital estaban internados los dos, con diferencia de un día, se internaron, mi suegro se quemó y ella estaba con la fractura en su pierna, sí, pero a ella no la habían

> operado todavía, entones duraron como unos cuatro días para operarla, en el IMSS se tardan siempre porque hay problemas para que… porque no había un quirófano, no había quirófano, entonces estaban esperando que se desocupara un quirófano y así la tuvieron como por cuatro días a mi mamá, y pues yo hice como pude, este, me acerque a verla y me puse bien mal porque mi mama me empezó a gritar mucho, mi mama se… o sea como que estaba mal, o sea ahí en el hospital me decía, me empezó a gritar que… que yo le quería quitar su casa, me decía "vete, vete, tú me quieres quitar mi casa", no pues yo salí mal de ahí, me salí llorando y mi esposo me regaño, dijo si te tienen prohibido ir a verla para que vas, para que te arriesgaste. Y ya este, me fui y ya no volví, ya namas [sic] le preguntaba a una de mis hermanas. (Gloria, 90años)

Sistema de agentes y agencias

En la carrera moral del adulto dependiente existen además de los allegados otros actores que ya sea a título personal, ejerciendo una profesión como los médicos o representando la misión de alguna institución intervienen en la constitución o entrada de la categoría social del sujeto o en el destino final de éste. El grado que tienen estos agentes y agencias en la determinación de la carrera del sujeto, dependerá del rol que ejerzan y por lo tanto del nivel de implicación en la toma de decisiones que adquieran en un momento definido.

Cuidadores

El cuidador es la persona más cercana al adulto dependiente, y en él o en ella recaen la mayor parte de las responsabilidades concernientes a proteger la subsistencia y la dignidad de esta persona. Es de esperarse entonces, que sobre todo tratándose

de padecimientos que comprometen la autonomía de la persona, la carga física y emocional sea importante, sobre todo considerando que durante esta carrera, el cuidador puede enfrentar un incremento del deterioro de la persona a quien cuida, pérdida de roles familiares y sociales y un apoyo insuficiente familiar o profesional; añadiendo que en la mayoría de las ocasiones el cuidador o cuidadora ejercen esta función con recursos limitados tanto económicos como en materia de conocimientos para afrontar este tipo de situaciones (Giraldo y Franco, 2006; Tamez y Ribeiro, 2009).

Como hemos podido notar, un elemento clave para decidir sobre quién deba asumir el rol de cuidador principal de entre esta red de agentes intervinientes, es el compromiso moral que uno de estos individuos tenga respecto al adulto dependiente. Aunque existen otros elementos que por diferentes motivos sociales pueden ser igual de determinantes, por ejemplo los roles de género, que como hemos apuntado previamente direccionan a que sean las mujeres a quienes se deriven social y familiarmente la responsabilidad, por considerarse un rol que "naturalmente" ejercen (Robledo, 2003; De la Cuesta, 2004).

Existen otros determinantes igualmente importantes para definir el rol de cuidador (a), algunos de ellos pueden ser explicados como parte de la practicidad cotidiana, por ejemplo el hecho de compartir el domicilio con el adulto dependiente previamente (aunque evidentemente la cercanía afectiva sería en este caso muy importante). Sin embargo, es notorio que otros determinantes sociales contribuyen igualmente a que sea principalmente la mujer quien asuma el cuidado, como el parentesco (hijas) y la poca participación en el sector productivo formal, siendo la mayor parte de cuidadoras amas de casa (Giraldo et al, 2005).

En parte debido a la enorme carga emocional y física que supone cuidar a un adulto dependiente, el rol del cuidador

puede ser cambiante, dando lugar a lo que podemos denominar como tránsito entre agentes, en el cual el sujeto puede recorrer distintos domicilios antes de ser institucionalizado en caso de que estos cuidadores transitorios no compartan la misma casa.

Considerando esto anterior, podemos distinguir en una primera impresión, a los cuidadores definitivos de los cuidadores transicionales, dentro de un sistema de relación en donde la adquisición de cierto rol dentro de la actividades del cuidado, se encuentra sometida a un sinnúmero de contingencias, de manera que quien parecía ejercer como cuidador definitivo, puede que cambie de posición de acuerdo a las circunstancias. Podemos decir que estos últimos, los cuidadores transicionales, asumen el rol de manera temporal en algunas ocasiones como parte de un apoyo al cuidador principal, aunque muchas veces como consecuencia de una disputa relacionada con valoraciones respecto a la forma en que se proporciona este cuidado, como señalamos previamente. En el siguiente fragmento narrativo se ve claramente que el tránsito entre cuidadores se debe la petición de ayuda de quien asumía en ese momento el rol de cuidadora.

> Entonces, este, ya de ahí ella le dio, le dio la embolia, la tuvo mi hermana, y mi hermana dijo "yo necesito que me ayuden", porque ella trabajaba y nos puso un día a cada uno para que la cuidáramos ahí en la casa de ella, así quedó, no duro mucho tiempo porque mi mamá se quería ir a la casa con mi hijo, ósea, a su casa (…) después estuvo con mi hermano y yo dos veces fui a ayudarles un fin de semana a cuidarla. (Gloria, 90 años)

Como se puede observar, la familia puede implementar diversas formas de organización para hacerse cargo del adulto dependiente, en este caso, distintos cuidadores pueden intervenir

aunque uno sea quien asuma el rol principal, por lo menos de manera temporal.

En la siguiente narración se ejemplifica un tránsito entre cuidadores como forma de apoyo, no obstante, aparece una disputa por hacerse cargo del sujeto, posterior a una serie de recriminaciones respecto a la forma en que el cuidado era otorgado. En este caso estas recriminaciones son ejercidas por parte del mismo adulto dependiente.

> Cuando mi hermano lo tuvo en su casa yo iba todos los días, dos o tres veces por semana y luego, este, ya estaba cansado y yo iba y lo bañaba, lo rasuraba, ya estaba cansado, mi hermano tiene dos hijos solteros, ya grandes de 40 años, o más, y mi cuñado que trabajaba [pues] ahorita ya no trabaja, y yo iba y lo ayudaba, a bañarlo, a cambiarlo, a sentarlo, a darle sus terapias, entonces, este, de repente pos mi hermano ya cansado de todo, [pues] me lo llevé yo, [dije] me lo voy a traer un rato a mi casa, este, namas [sic] que el problema en mi casa es que mi esposa vivía bien asquerosa, no se soporta ni ella sola, me lo lleve, con bronca con ella, con mi esposa, y ahí lo tuve en un cuartito, yo me entendía de él, de mi papá, yo lo cambiaba, yo todo, le daba de comer, lo sacaba, todo, pero después se me hizo pesado, [luego] un tiempo me lastimé el hombro y no podía cargarlo, se enojaba y me lo echaba en cara, entonces el traía una, una novia de treinta y tantos años y el de ochenta y tantos, bueno pos la novia estuvo buscándolo y que lo quería cuidar ella, que lo quería cuidar ella, pos no fue y me lo quitó a mí, y yo le dije, pero lo vas a cuidar porque yo lo tengo aquí porque no quiero que se atrofie de los problemas que el trae, dice no, yo me lo llevo, yo lo voy a cuidar, entonces, este, mi hermana como un común acuerdo me dice que se lo lleve. (Jorge, 80 años)

Es notorio que el cuidado del sujeto se brinda en un contexto de conflictos intrafamiliares entre uno de los cuidadores transi-

cionales y su esposa, que aparentan exacerbarse cuando el adulto dependiente llega al domicilio.

También puede ocurrir que este tránsito entre agentes, mediado por un conflicto de valoración respecto a un desacuerdo por la manera en que el cuidado es llevado a cabo, se genere sin una disputa de por medio, ya que una de las partes considera que el sujeto ha sido sometido a una denigración tal, como puede ser el maltrato, que no da lugar a objeciones. Incluso puede ser que la negligencia o el maltrato mostrados por parte de un cuidador, constituyan un intento por derivar la responsabilidad, sobre todo cuando esta denigración parece ejercerse sistemáticamente.

> [Mi hermano] siempre la ha cuidado, nada más que ahora, hace como unos tres meses él se empezó a volver muy agresivo y muy violento, nunca la golpeó, que yo me haya enterado, pero si le gritaba y le decía cosas y la obligaba a hacer cosas que no se debería de haber hecho…Y ya partir de eso [enfermedad] él siempre estuvo con mi mamá, [cuando le dio] cáncer de mama, cáncer de la columna… y si, como le digo hace poquito, hace no creo que menos de un año, él empezó a hacerse así, ya no acompañarla a… no todo entonces si… sí, si fue muy brusco el cambio de él para mi mamá, porque ella se fue decayendo poco a poco tanto por su enfermedad y tanto por las actitudes de su… de mi hermano. (Aurora, 86 años)

Es posible que en otras circunstancias, el cuidado sea relevado a consecuencia de un padecimiento del cuidador, sin embargo como en el fragmento narrativo a continuación, en estos casos puede que la transitoriedad del cuidado se explique por la intervención de un intermediario profesional, en este caso un médico quien prescribe con cierta autoridad, la necesidad no únicamente de que la cuidadora decline su posición, sino que se aleje totalmente de su madre.

> …yo ya no la cuidé porque me dio a mí también una embolia, yo tuve que ir a un psiquiatra porque, este, estaba mal yo estaba muy mal, de hecho a mí el psiquiatra me dijo "usted no puede estar con su mamá, aparte tiene que arreglar los problemas con su esposo" dice, "pero a su mamá… usted no puede estar con su mamá porque eso fue lo que hizo que estallara su globito en su cabeza" entonces me la quitaron definitivamente, yo ya dejé de cuidarla y mis hermanos optaron por meterla a los asilos, porque antes de aquí estuvo en otro. (Gloria, 90 años)

Como puede apreciarse, la intervención de un intermediario profesional (médico (a) o trabajador (a) social), puede ser lo suficientemente importante como para determinar tanto el relevo de un cuidador, como la institucionalización de la persona. Visto de esta manera, a partir de un marco de relaciones, la posición de cuidador se encuentra tan sujeta a las contingencias, que baste considerar a un cuidador que en apariencia es definitivo, de manera retrospectiva o prospectiva, para poner en cuestión su estabilidad en el cuidado de un adulto dependiente.

Allegados

Además de los cuidadores, otros agentes pueden intervenir en la carrera del adulto dependiente, aunque en un rol menos importante, se encuentran los allegados, es decir, las personas cercanas al sujeto a través de un lazo estructural como familiares o amistades cercanas. Algunos pueden ser circunstanciales, pero motivados por un comportamiento solidario pueden ser cercanos al sujeto brindándole asistencia, como se ejemplifica a través del siguiente relato en donde se observa que es una vecina quien percatándose de la soledad del adulto dependiente le

brinda cuidados circunstanciales, aunque por la frecuencia de su ocurrencia, esta vecina ha llegado a ser una persona importante para el anciano.

> Hubo un momento en donde lo dejamos y no podíamos irlo a ver tan seguido, a lo mejor íbamos cada 15 días o al mes, verdad, todavía él vivía solo y se alimentaba solo pero mi tío fue, como que en su vejez y solo, fue perdiendo fuerza y como su piso [de su casa] es firme pero está ya abierto adecuenta [sic] que ya al dar un paso ya se hunde, te caes, o sea te caes, y se cayó varias veces y entre esas varias veces mi tío al caerse gritaba "¡Juana!", Juana es la vecina de al lado, de hecho todavía le sigue gritando, y le habla y Juana iba y le daba, y [cuando] me veía, me decía: es que tu tío está solo, ya no lo dejen solo, y mi tío, y mi tío siempre me decía a mí, o a mi hermana. (Ignacio, 87 años)

En algunas ocasiones, a través de la cercanía que mantienen en algún momento con el sujeto, pueden identificar alguna situación que atenta contra la dignidad del adulto dependiente, como un abandono, descuido, situaciones de higiene y convertirse en denunciantes.

Denunciantes

De acuerdo con la definición de Goffman, denunciante es la "persona que en una visión retrospectiva de las cosas, aparece como el responsable de haber puesto al sujeto en camino hacia la institución" (2007:141). Para los adultos dependientes, es claro que el denunciante tiene un papel relevante en la institucionalización, pero no directamente como en el caso de pacientes psiquiátricos estudiados por Goffman y si esto llega a ocurrir, es en situaciones donde agencias intermediarias como el

DIF, no encuentren a ningún allegado que pueda hacerse cargo. Tal vez esto responda, y lo señalamos de manera hipotética, a que debido a la limitada participación que tiene el Estado en el cuidado de los adultos dependientes, sus agencias intentarán derivar los casos encontrados a familiares o a personas que desde su punto de vista son en ese momento los más cercanos, aunque dicha cercanía pueda ser bastante cuestionada cuando se revisa el caso con detenimiento. Al respecto resulta interesante que en algunas entrevistas los familiares señalaron que conocían al adulto dependiente de manera más bien vaga e incluso hubo quien manifestó haber sabido de su existencia, a razón de que el DIF exigiera el cumplimiento de su obligación en el cuidado.

Es frecuente, como lo señalamos, que un denunciante sea algún allegado o vecino que haya observado alguna situación de riesgo para un adulto dependiente, o que haya valorado que las visitas familiares no son lo suficientemente frecuentes. Por ejemplo, en la narración siguiente, las denunciantes son vecinas que han acudido al DIF para que esta agencia investigue la situación del anciano.

> Y luego había otras dos casas que también le hablaron al DIF y [dijeron] que una persona de la tercera edad estaba solo y que no se quiere ir a ningún lado, digo, y le digo bueno pero aparte y él decía que "no, viejas mitoteras" [risas] y que no sé qué, y le digo no tío... [luego dijo] “bueno está bien” y así fue evolucionando mi tío, [después] haciéndose más viejo llega un momento, por desgracia, el año pasado, yo creo que todo el año o cerca del año en Octubre más o menos, el batalló, ya no se levantaba ahí [en su casa] los últimos dos meses o tres, no me acuerdo cuando, se levantaba, yo iba y pues si estaba mal, todo sucio su cama y te daba tristeza verlo todo embarrado, ya busqué una de esas tantas veces que las señoras hablaban al DIF me citaron varias veces, muchas veces [risas], de hecho ahí dice mi hermana

> que hace unos cuatro años fue de los últimos contactos que tuvimos con el DIF, que ya está en archivo muerto el expediente, y en una de las ocasiones que vimos y hablamos porque estaba mi hermana, yo, y un hijo, Jaime, [quien] dijo que él iba a darle un apoyo a su papá, que le iba a llevar un colchón que él tenía, cosa que nunca fue cierto, verdad, y este, y nunca se presentó, si estando bueno mi tío, nunca se presentó, está malo, pues yo decía que no, pero mi tío si, él vivió un tiempo solo y si era independiente pero la vejez le ganó y ya no pudo. (Ignacio, 87 años)

En este caso, destaca el hecho de que como hemos apuntado, las frecuentes denuncias no han derivado en una institucionalización aunque si en una indagación sobre el caso y un llamado de atención a los familiares del sujeto.

No obstante, encontramos casos en donde una denuncia si puede devenir en una institucionalización de primera intención. Sin embargo, esta institucionalización no necesariamente será permanente debido a que por la insuficiencia de infraestructura pública para albergar a adultos dependientes, dicha institucionalización será en algún albergue privado, aunque dirigido a brindar asistencia, que enfrenta por lo general dificultades económicas para albergar a todos los adultos dependientes derivados. Por consiguiente, esta casa de asistencia intentará contactar a los familiares para que puedan hacerse cargo económicamente y estos podrán decidir entonces regresar a la persona de nuevo al domicilio, a partir de donde surgió originalmente la denuncia.

> Ella tenía una casita de renta, digo, que su papá le dejo, ¿verdad?, ella lo rento por muchos años a alguien, verdad, incluso ese señor hizo una imprenta pero Lupe, al fin sola, el señor se aprovechó de ella, se aprovechó económicamente, verdad, este, un día cuando desapareció, o sea decíamos, ¿don tá Lupe, don tá? [sic] nada, la tenía él en la imprenta a ella, la tenía ahí, en-

> tonces él en vista de que los familiares no se aparecen ni nada, pero [nosotros] no sabíamos ni donde estaba, nosotros no sabíamos que estaba ahí él… él como que formó que yo estoy ayudándola a ella, y [que] la voy a meter a un asilo… ah no, [pues] la demandó al DIF, al DIF, él puso denuncia al DIF que estaba sola y no sé qué, entonces lo que hizo el DIF fue a recogerla y mandarla aquí [casa hogar], entonces él la trajo aquí y el primer mes yo creo, la primera semana, le trajo ropa y todo, todo pero ¿a cambio de qué? que la hizo firmar algo en blanco para quedarse con la casa, presumimos nosotros que así fue, Lupe nos dijo es que yo firmé un papel y [le preguntamos] ¿Qué decía ese papel? "Pues nada" [dijo], este, no lo hemos comprobado, es cierto, no lo hemos probado por lo mismo que no tenemos tiempo para otras cosas, y luego total, este, ya estando aquí pues bueno, ya nosotros la buscamos y llegamos con ella y no pues tiene que estar esta persona y nos tiene que decir algo, [ya sea] forzado o no. (Lupe, 78 años)

Intermediarios

Definimos a los intermediarios como las personas que sin pertenecer al círculo cercano del sujeto, son determinantes en el destino final de éste. Estos son principalmente profesionales que ejercen, debido a la confianza depositada socialmente en ellos, una función importante de categorización social, lo que ya hemos señalado, pero también son determinantes en la decisión de institucionalizar a la persona por parte de sus familiares.

Los médicos constituyen, por razones ya expuestas, un papel muy relevante en la configuración de la carrera moral del adulto dependiente, sin embargo los profesionales del trabajo social son igualmente determinantes pero a través de diferentes funciones. Por constituir la dependencia junto con la protección de las poblaciones en situación de vulnerabilidad social, incluyen-

do a los adultos mayores una de sus principales áreas de intervención, son agentes que de manera recurrente aparecen en el relato de los y las entrevistadas. De manera general intervienen en la carrera del sujeto como representantes de distintas agencias, particularmente del Sistema Nacional para el DIF, aunque es común que sean interlocutores entre las distintas casas hogar y los familiares de la persona.

Agencias

A través de los relatos hemos podido identificar tres tipos de intervención de las agencias, particularmente del DIF, que en México constituye al menos discursivamente, una de las principales instancias para la protección de los adultos dependientes.
La primera función identificada es la mediación ejercida a través de profesionales del trabajo social. Como podemos apreciar en el siguiente fragmento, a instancias del DIF, los familiares que aparentemente experimentan una disputa por desacuerdos referentes al tipo de cuidado otorgados, son interpelados por una trabajadora social para que logren solucionar el conflicto. Por el contenido de la narración nos damos cuenta que el sujeto ha experimentado una situación de abandono, originada en parte, a que uno de los allegados no asume ningún compromiso moral respecto al adulto dependiente.

> El acuerdo que tuvimos cuando fuimos al DIF es de que teníamos que buscar la manera de atenderlo, y luego me hablaron a mí, y ya yo ni sabía nada, y este, ya me lo llevaron y todo [les digo] oye pero me hubieran avisado para tener una manera donde tenerlo, no pues lo metemos ahí, y saqué todo, lo metí, a los tres días me llegó el DIF, a mí, a mi domicilio me llego el DIF, y ni agua dan ni nada, a ver como lo tenía, pos ahí va, si,

> no me estaban regañando "y ¿cómo le pasó todo?" [les digo] es que esa señora lo tenía mal cuidado. Después [me dijeron] "¿quiere que cite a los hermanos?", sí, a los… somos tres hijos, a los tres cítanos, para ver qué convenio tener, total que nos citó el DIF a los tres y mi hermano, ahí lo citaron igual, este, [les dice] "yo no quiero saber nada de él" igual que él, se lo dijo a la licenciada, y mi hermana por un lado, cada quien con sus argumentos, y defendiéndonos como podíamos, y argumentos que son válidos en su momento. (Jorge, 80 años)

Finalmente el sujeto es institucionalizado quedando la mayor parte de la responsabilidad económica a cargo de uno de los hijos.

Otras de las intervenciones que hemos podido identificar es la orientación, sobretodo en la búsqueda de asilos o lugares de acogida y algunas agencias, como Organizaciones No Gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales pueden brindar apoyo material especialmente ciertos insumos, incluso económico. En el siguiente fragmento narrativo se muestra la orientación brindada tanto por una trabajadora social a título personal, así como por una agencia durante la búsqueda de un lugar de acogida.

> Yo anduve buscando los asilos en todo Monterrey, los precios, cómo me lo podían acepar, en qué condiciones… y en el estado en el que él estaba no lo aceptaban, tenía que valerse por sí mismo, y ya total, salía de mi trabajo y a buscar asilos, en Guadalupe, en Monterrey, en todos lados, en donde me decían ahí voy, entonces ahí en mi trabajo había una trabajadora social y me dio varios asilos y yo fui, no pos no lo quieren en esas condiciones, y yo le dije a la licenciada, ayúdeme a buscar asilos, no me lo quieren, ahora, si no tuviera solo hay un asilo en el gobierno que si nos lo aceptan, pero tiene familia, y no lo quieren porque tiene familia, entonces este, la del DIF dijo, bueno, aquí hay una solución, no va a ver de otra [sic] ya quedaron que en

> un asilo, pero ustedes, mi hermano, usted va a buscar el asilo y usted se va a encargar de buscar el asilo y a ver a donde lo van a llevar, no pues mi hermano nunca se metió, le dijo a mi cuñada y le dieron tres opciones y quedo en este asilo porque aquí lo aceptaron como sea. (Jorge, 80 años)

Además de mostrar el papel en la orientación para la búsqueda de casas de acogida que llevan a cabo distintas agencias, el relato muestra un problema serio que enfrentan los adultos dependientes y su familia: la dificultad para encontrar un sitio que además de ser accesible económicamente, cuente con algún espacio disponible para recibir a la persona, sea considerado aceptable (de acuerdo a higiene, tipo de cuidados y trato brindados) y sobre todo que el sujeto sea aceptado.

Esto último es un elemento que señala una fuerte contradicción en el sistema de cuidado dirigido a adultos dependientes. Por un lado, el deterioro severo de la autonomía del sujeto supone una dificultad muy grande para familiares y allegados, a tal grado que han valorado que existe una imposibilidad para continuar con esta responsabilidad y por lo tanto han decidido buscar una institución que brinde un cuidado profesional. Sin embargo, por el otro lado las casas de asistencia podrán negarse a recibir a la persona, existiendo una mayor probabilidad de que ocurra un rechazo entre mayor afectación y por lo tanto mayor atención requiera el adulto dependiente, como ha mostrado la literatura (Chenitz, 1983; McFall y Miller, 1992; Aneshensel et al, 1995).

Es notable que el rechazo por las instituciones sea uno de los principales temas discutidos en foros relacionados con el cuidado de adultos dependientes. Por ejemplo, en uno de estos foros uno de los participantes manifiesta su inquietud respecto al rechazo del abuelo de un amigo suyo debido a problemas de agresividad; del otro lado del foro un supuesto profesionista le responde que cualquier dependencia puede reservarse legal-

mente el derecho de admisión si la persona presenta alguna condición que no puedan atender[33].

Respecto a la aceptabilidad de las condiciones ofertadas por la casa de cuidados, otro elemento destacable, puede convertirse en una dificultad importante si la familia valora que dadas las condiciones no únicamente de infraestructura y trato, si no organizativas, pueden constituir un riesgo para el sujeto. Tal es el caso de la narración siguiente, en la que se muestran las valoraciones negativas dirigidas a un asilo en particular, por mantener ciertas reglas que son consideradas similares a las de una prisión.

> Para ser sincera, cuando fui a Cáritas[34] me dicen "mira, ese el del "Socorro" no te va a cobrar nada" [yo dije] aaah, que padre, bueno, vamos a hablar; hice todos los contactos, hablé con la trabajadora social, [y me dice] "No, si ya está aceptado tu tío" y ya, ok, y me dice "Pero ten en cuenta que al entrar tu tío al asilo ya no lo vas a ver" [yo digo] ¿Cómo que ya no lo voy a ver? "Sí, ya no lo vas a ver" ¿Cuándo te permiten verlo? Digo, pues si es un asilo se supone que tienen visita, pos pa' que conviva con la familia y todo si, y también si tú te haces… si te quieres tu hacerte cargo cuando fallezca o ellos se hacen cargo, si quieres que te avisen o que ellos se hagan cargo o no te avisen, si yo no tengo tanto tiempo de ver a mi tío, pero me puedo dar la vuelta, ¿verdad? [y digo] oye Dolores, mi hermana se llama Dolores, oye pasa esto, esto y esto. [Me dice] "No, no, ¿cómo lo vas a entregar?, ya no lo vamos a ver, no", por eso cancelamos el del "Socorro" y te soy sincera, ahí no pensé que fuera así ese asilo, no entiendo por qué si se supone que tenemos que venir a visitar a las personas para que ellos no se sientan solos y ayudarte a aportar, naah, me asustó, ahí yo trabajé en una "transfordfud" y tienen una asociación, viene siendo como una fundación y ese

33 https://www.caring.com/questions/nursing-home-behavior-problems-reject. Consultado el 3 de abril 2017.
34 Organización No Gubernamental, internacional y religiosa.

> te da de comer, a las personas de la tercera edad, jueves y viernes y entre ellos iba un señor que se llama Juan, no tiene una pierna por accidente y todo, [era] joven bueno no joven, [tenía] sesenta y tantos años el señor, todavía anda en sus muletas, el platica que él estuvo en uno de esos del "Socorro", que no lo dejaban salir, [decía] "me sentía preso, ahí con la presión, o sea como si estuviera en la cárcel y todo gracias a una muertita pude salir" y yo, ¿cómo que gracias a una muertita pudo salir?, [me dice] "Sí, porque le pedí de favor a los de la ambulancia que me sacaran" y dijo que se vino así y yo dije ¡no es cierto! y dije no, ya van dos versiones [negativas] y dije no. Entonces por eso descarté el del "Socorro", para que hagan eso pues no, no se me hace justo a mí, no se me hace justo. (Ignacio, 87 años)

Una vez que la familia ha logrado que el adulto dependiente sea ingresado en alguna casa de acogida, puede estar sujeto, similar a lo que sucede con los cuidadores a un tránsito entre agencias por diferentes motivos, siendo las más importantes la imposibilidad de continuar el pago de la institución, a valoraciones relacionadas con un cuidado deficiente por parte del personal de dicha casa o incluso por que algún miembro de los allegados ha valorado en algún momento que puede volver a hacerse cargo. Esto anterior da lugar a diversos egresos y re ingresos a las casas de asistencia.

En ocasiones distintas las agencias pueden hacer uso de un mandato legal para obligar a los que han sido identificados como la familia más próxima a hacerse cargo de un adulto dependiente. Incluso podrían, de manera cuestionable, utilizar diversas medidas de coerción, como acudir junto con la policía y literalmente "detener" a un miembro de los allegados por medio de dudosos cargos por abandono. En este caso hacemos referencia a lo narrado por una mujer de 64 años y que de acuerdo a lo manifestado durante la entrevista, vive una situación de enormes carencias, siendo cuidadora de un esposo en-

fermo. Según refirió en su relato, una mañana fue abordada por trabajadores del DIF acompañados por la policía, quienes después de detenerla dos horas en la delegación acusada de abandono, fue conducida a la casa de un adulto mayor de 95 años de quien tenía, según le indicaron, que hacerse cargo. La señora refiere tener una vaga idea de aquel tío a quien había dejado de ver cuando tenía unos siete años de edad. Después de dejarla en una habitación con francas huellas de abandono, frente a un señor prácticamente desconocido acostado en su propio excremento, a quien tuvo que asear por orden de un policía, el personal, incluyendo los agentes policíacos abandonaron el lugar. La sola idea de verse de nueva cuenta en estas dificultades legales, determinaron que haya asumido el cuidado del tío hasta la fecha de la entrevista.[35]

Consideraciones sobre la dignidad del adulto dependiente

Durante los relatos se manifiestan frecuentes comparaciones acerca de las condiciones en las que se encuentra el sujeto actualmente, dentro de la casa hogar, en relación a su situación previa. Es notorio que en general se realiza una valoración que podemos describir como de mejoría tanto en el bienestar, como en la seguridad en la que se vive. Para muchos miembros de la familia, el tener a la persona bajo un cuidado constante es tranquilizador, aunque también se hacen referencias respecto a una mejor alimentación e incluso la posibilidad de que la persona pueda disfrutar de cosas que le provocan alegría, por ejemplo escuchar música.

35 Lamentablemente, por la calidad del audio, fue imposible su transcripción.

> De que esté bien, yo digo que está bien, nomás que le salió una llaga y es de lo que se queja de la llaga, y él no quiere estar en la sala, se sienta, él siempre está solo, solo, solo con la música, a él le encanta oír música, no oye bien pero tiene su radio a todo volumen y le digo yo, usted se queja que no lo dejan dormir y usted cree que con su radio día y noche va a dejar dormir a los demás, usted no oye y le sube mucho y los demás si oyen y usted lo tiene muy recio, entienda también, entienda también que están los demás, no nada más usted, pero él es feliz con su radio, se lo regalaron aquí, el otro se le descompuso, entonces él se encariña mucho con la gente, namas [sic] que se salen y entran otras, se salen y entran otras y ya tiene dos años y medio aquí. (Jorge, 80 años)

Como puede observarse en la narración, la persona tiene la posibilidad de socializar y vincularse afectivamente, lo que en definitiva constituye un cambio significativo considerando, como es su caso, una situación previa de soledad.

La atención a los padecimientos también es algo que se destaca, lo que nos parece muy relevante dado que el deterioro de la salud como discutimos, es un elemento que además de que genera una importante incertidumbre en los cuidadores y cuidadoras, es una clara manifestación de la protección de la dignidad de los adultos dependientes.

> Pues hemos estado a gusto, yo siento que a Lupe la han tratado bien, o sea nunca ha habido algo así… que se pone enferma, porque se ha puesto enferma y nos hablan inmediatamente, que a veces nosotros no hemos cumplido porque a veces [es] en la madrugada, y, este, se nos dificulta a veces, este, y estamos solas como mamás y como mujeres, no tenemos quien nos traslade ya de… este, pero siento que aquí sí han actuado muy bien con respecto eso, si se quebró se fracturo su cadera también, o sea lo que pasa es que también ahí va, ahí influyen las personalidades de las personas, mi tía ya ahorita la veo más tranquila,

> no sé si este mas dosificada este medicada yo creo que si porque nos piden una medicina cada seis meses más o menos, este, pues su operación fue buena, lo que pasa es que ella por cómo es… o le terminó dando miedo y ya no se quiso operar, entonces la tienen que ayudar para para manejarla. (Lupe, 78 años)

Aunque desde lo que podemos observar, la institucionalización del adulto dependiente parece ser algo positivo, en el sentido de que implica mejorías en aspectos fundamentales tanto para la dignidad del sujeto como para el bienestar de los y las cuidadoras, si nos parece relevante destacar aunque pareciera una obviedad, es que no toda institucionalización deviene en cambios favorables. Por ejemplo en la narración a continuación, la entrevistada manifiesta una serie de valoraciones negativas respecto a otras casas de acogida en comparación a la actual. En este sentido, aunque no fue un aspecto estudiado como ya hemos dicho, podemos inferir que las casas de acogida deben contar con ciertas condiciones mínimas, no únicamente de infraestructura, sino de personal, que pueda brindar un cuidado desde el aspecto profesional, como afectivo, para que pueda generarse un beneficio tanto para los adultos dependientes como para sus familiares.

> …Entonces este pues lloraba yo voy Beca yo voy Beca como no habla y yo nombre Doña Bertha se me hace que a esta niña no la tratan bien no sé por qué. Yo un día en una ocasión la tuvimos que cambiar de ropa y que le va viendo la amiga mía toda rasgada arañada del área del brassier y dice no, sáquenla de aquí la niña por eso grita sáquenla de aquí la niña por eso grita que se quiere ir y en cambio llegamos a allá era no me acuerdo si era Diego De Montemayor por ahí por ahí estaba este que ya la señora que había tenido esto se lo paso a Rosa y le doy bastantes gracias a Dios verdad, que hubo estas personas de ahí ha habido mucho cambio en la niña ya voy y adiós adiós ya no aquella angustia de que se quería ir. (Dolores, 53 años)

Considerando estos señalamientos, podemos apuntar una diferencia respecto a la situación de los pacientes psiquiátricos documentada por Goffman (2007) en la cual el interno experimenta una situación de degradación progresiva, una disolución del yo como entidad moral y donde existe una clara expropiación de derechos. Por el contrario, en el caso de la carrera moral para muchos adultos dependientes, el interno parte de una situación de degradación y es en la institución, en el caso de que esta brinde las condiciones adecuadas, donde reconfigura su dignidad.

Por supuesto que como instituciones totales, tanto en el hospital psiquiátrico como en las casas hogar, se ejerce un control y una administración estandarizada y absoluta de las actividades de las personas, independientemente del grado de dependencia. Sin embargo, esto que ha sido visto como denuncia en el caso de los hospitales psiquiátricos, puede ser parte de la protección de la dignidad en este tipo de instituciones que cuidan a personas con un deterioro de la autonomía, en la mayoría de las veces severo.

Conclusiones

La institucionalización de un adulto dependiente constituye un proceso moral, distinguiéndola de un proceso técnico, en el sentido de que involucra una serie de valoraciones respecto a lo correcto o incorrecto, lo que se considera pertinente, más práctico o incluso inevitable.

A diferencia de la carrera moral de personas colocadas en una categoría social distinta a la de adultos dependientes, es que en esta, la trayectoria se encuentra configurada por una serie de decisiones que los mismos sujetos toman. Durante la carrera de los adultos dependientes, alguien más toma las deci-

siones debido que existe una imposibilidad, o al menos una suposición al respecto, para decidir. A lo que se añaden una serie de dificultades corporales, materiales, emocionales y morales, que determinan una dependencia.

La carrera moral de un adulto dependiente está entonces determinada por las decisiones que otros realizan, aunque con un nivel jerarquizado respecto a la relevancia que tienen estos agentes para definir el trayecto social de un individuo, una vez dentro de una categoría social de persona dependiente. Podemos decir que a la vez de una jerarquización, los agentes intervinientes tienen un orden de aparición en esta carrera. Es así que podemos distinguir a los agentes determinantes a través de la división de la carrera moral por dos eventos sustantivos: la entrada a una categoría social y la institucionalización de la persona. De acuerdo con esto, el inicio de carrera constituye el proceso social por medio del cual un sujeto propietario de ciertos atributos sociales, entra a esta categoría social particular. Por consiguiente, los agentes más relevantes son quienes se encuentren mejor posicionados socialmente para determinar quién cumple con los atributos suficientes para ingresar a esta categoría. En el caso de los adultos dependientes estudiados, esta posición es ocupada privilegiadamente por los médicos, aunque en otros contextos pudieran intervenir otros agentes en igual o mayor nivel de importancia

Sin embargo, esta primera decisión no se da en el vacío, sino a partir de un evento identificable, cuya relevancia en la determinación de una dependencia está dada no por el evento en sí mismo, sino por la serie de determinaciones sociales que subyacen en dicho evento y que inclusive le han dado lugar. Incluimos dentro de estos determinantes a la serie de normativas sociales que dirigen el comportamiento a seguir durante y a partir de la ocurrencia de este inicio de carrera.

Debido a que el aspecto fundamental de la entrada a dicha categoría social implica un compromiso de la subsistencia, los agentes relevantes serán aquellos que se encuentre en una posición privilegiada para asistir a este sujeto dependiente en la mayor parte, o incluso en todas las actividades que tengan que ver con dicha subsistencia. Es así que quien asiste de una manera más frecuente y más estable, el cuidador, es el agente clave en este lapso de la carrera. Esto implica una pregunta fundamental y que ha sido objeto de un debate importante, aunque por los alcances de esta investigación haya sido abordado de manera muy sucinta. Esta cuestión podríamos resumirla así: ¿cómo se determina el rol de cuidador o cuidadora del sujeto dependiente? Aunque existan muchos determinantes, nosotros señalamos que si no el más explicativo, por lo menos uno de los que tienen mayor trascendencia es la valoración moral. En este sentido, la serie de evaluaciones de índole moral que se realizan respecto al adulto dependiente siendo quizás unos de los elementos de mayor importancia, aquellas valoraciones otorgadas al vínculo afectivo. Resta decir que las características de este vínculo serán definitorias y centro de origen para las demás valoraciones morales que puedan realizarse, entre estas, acerca del grado de compromiso que deba asumirse en la asistencia a quien padece una dependencia. Esto lo podemos resumir en otra cuestión fundamental: ¿Por qué motivos ese sujeto debe ser asistido? La respuesta a este cuestionamiento nos conduce de nueva cuenta a las normas socialmente establecidas, como aquellas que definen un compromiso ineludible entre los padres y sus hijos.

Queremos enfatizar que pese a que pueda considerarse la existencia de un cuidador principal o definitivo, esta posibilidad es cuestionable cuando se analiza esta posición a través de una carrera. La posición de este supuesto cuidador más importante, es tan sensible a las contingencias, como una enferme-

dad, una dificultad económica, un conflicto familiar y muchas más, que esta puede cambiar dando lugar a una diversidad de cuidadores transicionales, dentro de los que obviamente quedan incluidos aquellos cuyo compromiso moral está subordinado a una relación laboral, es decir, los cuidadores profesionales quienes en el caso investigado, asisten a través de una agencia o una casa de acogida. Esto nos parece una cuestión necesaria, porque cuando se investiga o se diseñan intervenciones para asistir, capacitar, profesionalizar a cuidadores, a quién se están refiriendo y por consiguiente a quién se están dirigiendo.

Además de otros agentes involucrados, podemos destacar que los profesionales del trabajo social cumplen un papel muy relevante para determinar las condiciones en que se desenvuelva la carrera de un adulto dependiente, incluso su institucionalización y las condiciones de dicha institucionalización. En este sentido, los y las trabajadoras sociales cumplen una labor fundamental para proteger la dignidad de los adultos dependientes, pero en su relación con otros agentes. En este caso, es bastante cuestionable que actúen algunas veces, como hemos identificado, como buscadores de cuidadores, sin considerar que el asignar esta responsabilidad sin más auxiliar en la indagación del caso que uno o más nombres de una base de datos, no necesariamente están protegiendo al adulto dependiente.

Finalmente, parte central de la carrera moral es el contexto en el que estas relaciones y estos agentes actúen además de las posibilidades que tengan los dichos agentes para intervenir y para asistir. Identificamos que el contexto en el que se desenvuelve la carrera moral de los adultos dependientes estudiados, no es para nada el más idóneo ni el que facilite más ni garantice mejor la dignidad del adulto dependiente. Aseveramos que los adultos dependientes no constituyen un foco prioritario para las políticas sociales, dentro de una tendencia que podemos

definir como derivación del cuidado a la familia y en el caso de que esto no sea una posibilidad, a la caridad.

Este señalamiento va dirigido a enfatizar la necesidad de diseñar, promover e implementar acciones tanto para visibilizar o incluir a este grupo poblacional en la agenda pública, como para obligar al Estado a que en tanto sujeto de obligaciones respecto a la garantía del bienestar de su población, cumpla su responsabilidad.

Referencias

Allué, M. (2003). *Discapacitados: la reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Edicions Bellaterra. España

Andersson, I., Pettersson, E., & Sidenvall, B. (2007) Daily life after moving into a care home experiences from older people, relatives and contact persons. *J Clin Nurs*, 16(9), 1712-8.

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career.* Academic Press.

Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), pp. 304-309.

Arias, M., Preciado, A. (2012) *Temas selectos de adultos mayores.* México: Universidad de Colima. Asilos de Nuevo León tienen muchas áreas de oportunidad Artículo de: Sexenio, recuperado el 7 de Mayo, 2016 en http://www.sexenio.com.mx/nuevoleon/articulo.php?id=11995

Attias, C. (1992). Dependencia de las personas mayores y ayuda internacional. *Papers: Revista de Sociología*, (40), pp. 013-33. Recuperado el 21 de Mayo de 2017 de http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/25130/58236

Barrantes, M., García, E., Gutiérrez, L. M., & Miguel, A. (2007). Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. *Salud Pública de México*, 49, pp. 459-466.

Barrera, L., Sánchez, B., & Carrillo, G. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. Revista Cubana de Enfermería, 29(1), pp. 39-47

Beresford, B. (1994). Caring for a severely disabled child. *Social Care Research*, 54, pp. 1-4.

Becchi, P. (2012). *El principio de dignidad humana*. Fontamara, México.

Berg, A., Altalib, H., & Devinsky, O. (2017). Psychiatric and behavioral comorbidities in epilepsy: A critical reappraisal. *Epilepsia*. pp. 1-8

Bowers, B. (1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist*, 28(3), pp. 361-368.

Carmona, S. (2014) Invisible violence in aging. *Revista Kairós Gerontologia*, 17, pp. 11-35.

Carrière, Y., & Légaré, J. (1993). Vieillissement démographique et institutionnalisation des personnes âgées: des projections nuancées pour le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 22(1), pp. 63-92.

Chenitz, W. (1983). Entry into a nursing home as status passage: A theory to guide nursing practice. Geriatric Nursing, 4(2), 92-97.

Colinet, S. (2013). La "carrera" de las personas que sufren de esclerosis múltiple: tres momentos clave. De la irrupción de la enfermedad al "trabajo biográfico". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 144, pp. 127-138. Recuperado el 12 de Mayo de 2017 en http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=2394&autor=S%C9VERINE+COLINET

De la Cuesta C. (2004) *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Dobrof, R., & Litwak, E. (1977). *Maintenance of Family Ties of Long-Term Care Patients: Theory and Guide to Practice.* Maryland: National Institute of Mental Health.

Frankenberg, R. (1980). Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), pp. 197-207.

Gac, H., Marín, P., Castro, S., Hoyl, T. & Valenzuela, E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. *Revista médica de Chile*, 131(8), pp. 887-894. Obte-

nido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000800008&script=sci_arttext&tlng=pt

Gasser, R., & Taylor, C. (1976). Role adjustment of single parent fathers with dependent children. *Family Coordinator*, 25(4), pp. 397-401

Giraldo, C., & Franco, G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*, 6(1), 38-53. Recuperado el 9 de Mayo de 2017 de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160106

Giraldo, C., Franco, G., Correa, L., Salazar, M., & Tamayo A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), pp. 7-15.

Goffman, E. (2007). *Internados*. Barcelona: Amorrortu.

Goffman, E., & Guinsberg, L. (2008). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guivarch, J., Piercecchi-Marti, M., Glezer, D., & Chabannes, J. (2015). Differences in psychiatric expertise of responsibility: Assessment and initial hypotheses through a review of literature. *L'Encephale*, 41(3), pp. 244-250.

Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., & Cuevas, L. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ensanut 2012 Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Gutierrez, L., & Arrieta, I. (2015). Dementia in Mexico: The need for a national Alzheimer s plan. *Gac Med Mex*, 151, pp. 667-673.

Hall, O. (1948). The stages of a medical career. *American journal of sociology*, 53(5), pp. 327-336.

Hampton, M. (2007). The role of treatment setting and high acuity in the overdiagnosis of schizophrenia in African Americans. *Archives of psychiatric nursing*, 21(6), pp. 327-335.

Hindermarsh, J. & Estes, E. (1898). Falls in Older Persons Causes and Interventions. *Archives of Internal Medicine*, 149(10), pp. 2217-2222.

Hjaltadóttir, I., & Gústafsdóttir, M. (2007) Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), pp. 48-55.

Hughes, E. C. (1937). Institutional office and the person. *American journal of sociology*, 43(3), pp. 404-413.

Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral editores.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2015). *Tabulados del Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015 (Usuarios)*, consultado el 8 de mayo, 2017 en: http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, México*. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx

Kellner, R. (1966). Neurotic symptoms in women: attendances in a general practice. *The British Journal of Psychiatry*, 112(482), pp. 75-77.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. USA: Basic books.

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), pp. 1461-1500.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), pp. 1328-1333.

Littlewood, R. (1992). Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Social science & medicine*, 34 (2), pp. 141-149.

Liukkonen, A. (1995) Life in a Nursing Home for the Frail Elderly, *Clinical Nursing Research*, 4(4), pp. 358-372.

Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent child behavior: A review. *Child development*, 53 (6), pp. 1431-1446.

Mancinas S., & Ribeiro M. (2010). Factores de riesgo asociados a la violencia familiar contra las personas mayores en la ciudad de Monterrey, México. *Perspectivas sociales/Social Perspectives*, 12(1), pp. 75-99.

Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K. M., Acosta, I., Sosa, A., Gutiérrez, L., & Téllez, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55, pp. S323-S331.

McFall, S., & Miller, B. (1992). Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *Journal of Gerontology*, 47(2), S73-S79.

Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of chronic diseases*, 15(2), pp. 189-194.

Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science & Medicine*, 41(9), pp. 1207-1216.

Mejia-Arango, S., & Gutierrez, L. M. (2011). Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of aging and health*, 23(7), pp. 1050-1074.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, E. (2016). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, (3), pp. 84-119.

Menéndez, E., & Di Pardo, R. (2009). *Miedos, riesgos e inseguridades: Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México: CIESAS.

Mora, D., Castro, M., & García, C. (2006). La geriatría en México. *Investigación en salud*, 8(3), pp. 185-190.

Nia, S. (2014). Psychiatric signs and symptoms in treatable inborn errors of metabolism. *Journal of neurology*, 261(2), pp. 559-568.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*, 101(2), p. 259.

OConghaile, A., & DeLisi, L. (2015). Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. Current opinion in psychiatry, 28(3), pp. 249-255.

Olivier, G. (2004). *También pasan los años por los Dioses. Niñez, juventud y vejez en la cosmovisión mesoamericana*. En El historiador frente a la historia: el tiempo en Mesoamérica (pp. 149-180). México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.

ONU, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Nueva York, 2002.

Parizot, I., Chauvin, P., & Paugam, S. (2005). The moral career of poor patients in free clinics. *Social Science & Medicine*, 61(6), pp.1369-1380.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvrete*. Paris: Presses Universitaires de France.

Pelcastre, B., Treviño, S., González, T., & Márquez, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), pp. 460-470.

Pilkington, F. (2005) Grieving a loss: the lived experience for elders residing in an institution. *Nursing Science Quarterly,* 18 (3): 233-242.

Pilkington, F., Kilpatrick, D. (2008) The lived experience of suffering: a Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*, 21 (3): 228-237.

Plazola, A. (1996). *Asistencia Social: Asilos.* En Enciclopedia de Arquitectura (pp. 440-461). México: Plazola Editores.

Quintanar, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México. Ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdés Editores.

Reyes, L. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación.* Universidad La Salle, 10 (28).

Ribeiro, M., & Mancinas, S. (2010) *Textos y contextos del envejecimiento en México: Retos para la familia y el Estado.* Plaza y Valdés. México.

Robledo, J (2003). Los cuidadores familiares: su evolución en el ámbito rural en el último siglo. *Índex de Enfermería*, 12(40-41), pp. 25-29.

Roth, J. (1963). *Timetables: structuring the passage of time in tuberculosis treatment and other careers.* Indianapolis: Bobbs-Merrill.

Ruelas, M., & Salgado, N. (2008). Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 50(6), pp. 463-471. Recuperado el 20 de Mayo de 2017 de http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2008/sal086e.pdf

Saldaña, J. (2002) "Derechos humanos y naturaleza humana. La naturaleza humana como instancia normativa en el derecho", México: *Revista del Instituto Nacional de Administración Publica,* No. 105.

Salinas, R., Banda, J. (1991) Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León. *Salud Publica de México*, 33(1), pp. 56-69.

Secretaría de Salud, *Cubos dinámicos - Egresos Hospitalarios: 2016 SAEH - Plataforma preliminar*, revisado el 16 de mayo, 2017 en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

Serna, P. (1999) "Dignidad de la persona. Un estudio jurisprudencial", en *Persona y Derecho*, No. 41, Pamplona.

Shepherd, M., & Clare, A. (1981). *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, USA.

Silva, J., Coelho, S., Ramos, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Partezani, R. (2012). Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), pp. 927-34. Recuperado el 13 de Mayo de 2017 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf

Smith, K., & Bengtson, V. (1979). Positive consequences of institutionalization: Solidarity between elderly parents and their middle-aged children. *The Gerontologist*, 19(5 Part 1), pp. 438-447.

Subsistema de Cuentas en Salud. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México. Revisado el 10 de marzo de 2017 en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sicuentas.html

Tajfel, H. (1972). *La catégorisation sociale.* En Moscovici, Introduction à la psychologie sociale. Tome I. Les phénomènes de base. Paris: Librairie Larousse.

Tamez, B. M., & Ribeiro, M. (2009). *La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León.* pp. 245-276.

Theixos, H. (2013). Adult children and eldercare: the moral considerations of filial obligations. *Michigan Family Review*, 17(1).

Townsend, P. (1981). The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. *Ageing and society*, 1(01), pp. 5-28.

Twaddle, A. (1981). *Sickness and the sickness career: some implications.* En The Relevance of Social Science for Medicine (pp. 111-133). Holanda: D. Reidel Publishing Company.

Varul, M. (2010). Talcott Parsons, the sick role and chronic illness. *Body & Society*, 16(2), pp. 72-94.

Waxler, N. (1981). The social labeling perspective on illness and medical practice. In *The relevance of social science for medicine*, pp. 283-306.

World Health Organization (WHO) (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

World Health Organization (WHO) (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 11(1), pp. 257-285.

Young, B., Dixon M., Findlay. M., & Henry, D. (2002) Parenting in a crisis: conceptualizing mothers of children with cancer. *Soc Sci Med*. 55(10): pp. 1847-1853.

Zola, I. K. (1975). In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine* (1967), 9(2), pp. 83-87.

Textos Legales citados:

- Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe, 2012.
- Carta por una sociedad para todas las edades, 1999.
- Constitución de Grecia, 1975.
- Constitución de la República de Portugal, 1976.
- Constitución Española, 1978.
- Constitución Federal de la Confederación Suiza, 1998.
- Constitución Italiana de 1947.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015.
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores.

- Convención sobre el estatuto de refugiados.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.
- Convención suplementaria sobre la abolición de la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y prácticas análogas a la esclavitud, 1956.
- Decisión 26/III, "Eliminación de la discriminación de mujeres de edad" encontrada en documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo séptimo período de sesiones, Suplemento n° 38.
- Declaración de derechos del buen pueblo de Virginia, 1776.
- Declaración de derechos del niño, 1959.
- Declaración de derechos del retrasado mental, 1971.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1963.
- Declaración de los derechos de la vejez, 1948.
- Declaración de los principios de la cooperación cultural internacional, 1966
- Declaración Francesa de los Derechos del hombre y del ciudadano, 1789.
- Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 2002.
- Declaración sobre el progreso y el desarrollo social, 1969.
- Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales, 1960.
- Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes de 1975.
- Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas de 1992.
- Declaración sobre la raza y otros prejuicios raciales de 1978.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Nueva York, 2002.
- Ley de los Derechos de las personas adultas mayores.
- Ley Fundamental de la República Federal de Alemania, 1949.
- Migratorios y de sus familiares de 1990.

- Observación general No 2 del Comité contra la tortura, sobre la aplicación del artículo 2 por los estados partes de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes CAT/C/GC/2.
- Observación N°14, sobre el derecho al disfrute del nivel más alto nivel de salud posible, 2000.
- Observación N°19, sobre el derecho a la seguridad social, 2008.
- Observación N°20, sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, 2009.
- Observación N°6, sobre derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, 1995.
- Pacto Internacional de derechos civiles y políticos, 1966.
- Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Plan de acción internacional sobre envejecimiento 1982.
- Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad, 1991
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo San Salvador), 1988.
- Recomendación General No. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, 2010.
- Segundo Protocolo facultativo del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos de 1989.

Anexos

Anexo 1. Gasto Público en Salud para el programa dirigido a elevar la calidad de vida del adulto mayor

Gasto Público en Salud para el programa dirigido a elevar la calidad de vida del adulto mayor

AÑO	FUENTE	NACIONAL	NUEVO LEÓN
2010	FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (RAMO 33)	647127.29	1467.52
	GASTO ESTATAL	316085.91	18.49
	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	3866548.3	116910.00
	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES)	0	0
	TOTAL	**4,829761.5**	**118,396.01**
2011	FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (RAMO 33)	609334.57	0
	GASTO ESTATAL	203301.75	150.65

	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	2875410.42	72632.82
	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES)	0	0
	TOTAL	**3,688046.74**	**72,783.47**
2012	FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (RAMO 33)	986389.78	305.94
	GASTO ESTATAL	161650.64	42.09
	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	4126368.24	111115.21
	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES)	65843.2	0
	TOTAL	**5,340251.86**	**111,463.24**
2013	FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (RAMO 33)	333971.45	2690.58
	GASTO ESTATAL	67894	50.48

	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	0	0
	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES)	84257.9	0
	TOTAL	**486,123.35**	**2741.06**
	FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (RAMO 33)	270784.27	82.56
	GASTO ESTATAL	101291.07	11.88
	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	0	0
	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES)	103596	0
	TOTAL	**475,671.34**	**94.44**

Fuente: Subsistema de Cuentas en Salud. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sicuentas.html. Revisado el 10-03-2017

Anexo 2: Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad.

Tabla 3. Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad.

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD	
PRINCIPIOS	**INTERPRETACIÓN**
Independencia	Refiere alimentos, atención sanitaria, salud, derecho a la educación, oportunidad de trabajo remunerado y capacitación.
Participación	La participación activa de personas de edad en el diseño y aplicación de políticas concernientes a su bienestar, formar asociaciones o movimientos, así como la oportunidad de compartir sus habilidades y conocimientos con otras generaciones.
Cuidados	Las personas de edad deberán contar con cuidados familiares y tener acceso del servicio sanitario, disfrutar de sus derechos y las libertades fundamentales en caso de residir en hogares o instituciones que les brinden cuidados.
Autorrealización	Las personas de edad tendrán derecho a desarrollar su po-

	tencial a través del acceso a la educación, la cultura y recursos recreativos.
Dignidad	Las personas de edad deberán gozar de dignidad y seguridad, libres de explotación, ser tratados dignamente sin importar su raza, etnia, edad, sexo, si cuentan con alguna discapacidad, o cualquier otra, independientemente de su situación económica.

Fuente: Observación General Nº 6, contenido en el documento E/1996/22, anexo IV del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

Anexo 3: Derechos Económicos, sociales y culturales de las personas de edad

Tabla 3. Derechos Económicos, sociales y culturales de las personas de edad

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	**Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**
Artículo 3	IGUALDAD DE DERECHOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES. Se exhorta a los estados parte a prestar atención a las mujeres de edad avzada creando sub-

	sidios como pensiones de vejez para aquellas mujeres que por dedicarse al hogar o al cuidado de su familia no tengan derecho a una pensión o se encuentren en situaciones de desamparo. Además los Estados deberán establecer prestaciones de vejez no contributivas para todas las personas, independientemente de su sexo.
Artículos 6, 7 y 8	DERECHO AL TRABAJO. Los estados parte deberán asegurar que los trabajadores no sean objetos de discriminación por edad en el empleo y garanticen de forma segura su jubilación, así como el goce de condiciones de trabajo equitativas y garantizar la práctica de programas de preparación para el retiro.
Artículo 9	DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. Se reconoce el derecho a la seguridad social y se exhorta a los estados parte a establecer en sus legistaciones las medidas adecuadas para establecer sistemas de seguros de vejez obligatorios, a partir de una edad determinada. Establecer prestaciones no contributivas para todas las personas que al cumplir la edad establecida no tengan derecho a pensión de vejez o carezcan de algún otro ingreso.
Artículo 10	DERECHO DE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA La creación de servicios sociales para apoyar a familias que tengan un adulto mayor en el hogar y requiera cuidado, apoyar a estas familias con medidas especiales para garantizar que el adulto mayor pueda permanecer en el seno

	familiar en caso de pertenecer a una familia de escasos recursos.
Artículo 11	DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO Las personas de edad deberán tener acceso a la alimentación, agua, vivienda, atención y salud, ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad para asegurar su autosuficiencia.
Artículo 12	DERECHO A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL Estados Partes deberán tener presente que mantener la salud hasta la vejez exige inversiones durante todo el ciclo vital de los ciudadanos, la prevención mediante controles periódicos, adaptados a las necesidades de las personas de edad, cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores, con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales.
Artículo 13	DERECHO A LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA En el caso de las personas de edad, deberá contemplarse en dos direcciones diferentes pero complementarias entre spi: Derecho de las personas adultos mayores a beneficiarse de los programas educativos. Aprovechamiento de los conocimientos y experiencia de las personas mayores en favor de los jóvenes.

Fuente: Observación general No. 6 "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad", Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1995.

Anexo 4 Recomendación General No 27, 2010, Convención Sobre la Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer, CEDAW

RECOMENDACIÓN GENERAL No 27, 2010, Convención Sobre la Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer, CEDAW

TEMA	RECOMENDACIONES
CUESTIONES GENERALES	Los estados partes tienen la obligación medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra las mujeres de edad, así como garantizar la participación política, social, cultural y civil, así como de cualquier otro ámbito de la sociedad de las mujeres mayores. Los estados parte deberán velar porque el principio de igualdad entre géneros se aplique a lo largo de la vida de la mujer en la ley en la práctica, prohibiendo la discriminación por motivo de edad y sexo. Se insta a los Estados partes a hacer investigaciones en las que se analicen y difundan datos desglosados por edad y sexo, a fin de disponer de información sobre la situación de la mujer de edad. Los estados deberán mantener a las mujeres informadas sobre sus derechos y servicios jurídi-

	cos, recursos y medidas de reparación disponibles, además de que éstos deberán ser accesibles para mujeres de edad con discapacidad. Los estados partes deber´na garantizar a las mujeres de edad la exigibilidad de la reparación del daño y la justicia en caso de ser violentadas en su derecho, incluido el derecho de la administración de sus bienes. Se deberá tener en cuenta las vulnerabilidades de las mujeres de edad frente al cambio climático.
ESTEREOTIPOS	Los estados partes tienen la obligación de eliminar estereotipos negativos para la mujer de edad, a fin de reducir abusos físicos, sexuales, psicológicos, verbales y económicos.
VIOLENCIA	Los estados partes deberán redactar leyes que reconozcan y prohíban la violencia, incluidas la domestica, sexual e institucional contra las muejres mayores, así como las prácticas y creencias tradicionales que las afecten. Los estados partes deberán prestar atención a las mujeres de edad que se encuentren en situación vulnerable a causa de

	conflictos armados y las repercusiones que éstos conflictos tengan en sus vidas. Así mismo, deberán prestar atención a la situación de mujeres de edad al abordar violencia sexual, desplazamientos forzosos y las condiciones de los refugiados durante conflictos armados.
PARTICIPACIÓN EN LA VIDA PÚBLICA	Los estados partes tienen la obligación de velar porque las mujeres de edad tengan oportunidad de particpiar en la vida política y publica, así como ocupar cargos públicos y votar o ser votadas en elecciones.
EDUCACIÓN	Los estados partes deberán garantizar la igualdad de oportunidades educativas para las mujeres de todas las edades a lo largo de sus vidas.
TRABAJO Y PRESTACIONES EN MATERIA DE PENSIONES	Los estados partes facilitaran la participación de mujeres de edad en el trabajo remunerado sin ser objeto de discriminación por motivos de edad o sexo. Deberán prestar atención a atender problemas que afecten a las mujeres de edad en su vida laboral y vigilar que no existan diferencias de salario por motivos de género. Los estados partes deberán asegurar la jubilación de las muje-

	res de edad y velar porque las políticas públicas en materia de pensiones no sean discriminatorias contra y que todas las mujeres de edad tengan acceso a una pensión adecuada.
SALUD	Se exhorta a los estados partes a adoptar una política de salud integral orientada a proteger a las mujeres de edad que asegure una atención de la salud asequible y accesible, además de la capacitación de su personal en sector salud en enfermedades geriátricas, medicamentes o tratamientos de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con el envejecimiento y promover estilos de vida saludable. Estas políticas de salud deberán incluir atención médica a mujeres de edad con discapacidad.
EMPODERAMIENTO ECONÓMICO	Los estados partes están obligados a eliminar la discriminación contra las mujeres mayores en la vida económica y social, eliminando barreras que obstaculicen el acceso a los créditos y préstamos agrícolas y asegurándose que las mujeres de edad agricultoras tengan acceso a la tecnología adecuada. Deberán

PRESTACIONES SOCIALES	Los estados partes adoptaran medidas necesarias para que las mujeres mayores tengan acceso a una vivienda digna que se ajuste a sus necesidades específicas y prestar servicios sociales en apoyo a las mujeres de edad que vivan en su hogar de manera independiente mientras sea posible. Así mismo, los estados parte deberán proteger a las mujeres de edad contra los desalojamientos forzosos y la falta de hogar.
LAS MUJERES DE EDAD DEL MEDIO RURAL Y OTRAS MUJERES DE EDAD VULNERABLES	Los estados partes deberán asegurarse de que las mujeres de edad estén incluidas en la planeación del desarrollo rural y urbano, además de su abastecimiento de agua, electricidad y otros servicios públicos, garantizando la tecnología adecuada para que sean accesibles y no requieran de un esfuerzo físico mayor a sus posibilidades.
MATRIMONIO Y VIDA FAMILIAR	Los estados partes tienen la obligación de derogar cualquier ley que discrimine a la mujer de edad en el matrimonio y con respecto a bienes o herencias. Los estados partes deberán asegurarse que se han derogado todas las leyes que discriminen a las mujeres mayores viudas

	con respecto a bienes y herencias o despojos de tierras, así como erradicar las practicas o costumbres que obliguen a las mujeres de edad a contraer matrimonio contra su voluntad y velar porque no se les exija casarse con un hermano del marido fallecido o cualquier otra persona para acceder a la sucesión. Los estados partes deberán prohibir las uniones poligámicas y garantizar que en caso de que fallezca el marido poligámico, el patrimonio sea repartida en partes iguales entre sus esposas y respectivos hijos.

Fuente: recomendación general No 27, (CEDAW/C/2010/47/GC.1), Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2010. CEDAW

Anexo 5: Deliberaciones del Foro Social del Consejo de Derechos Humanos de las Personas Mayores en Ginebra

Deliberaciones del Foro Social del Consejo de Derechos Humanos de las Personas Mayores en Ginebra.

Temas	Recomendaciones
Igualdad y discriminación	Los estados partes deberán esforzarse en velar porque se cumplan los principios de igualdad y no discriminación con respecto a la edad.

Garantizar el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales.	La violación de estos derechos no deben considerarse solo un defecto moral, también deberán aplicárseles una infracción justiciable del derecho internacional de los derechos humanos en plano nacional e internacional.
Desarrollo económico	Las personas de edad pueden contribuir en el desarrollo económico y social y los estados partes deberán redactar leyes y políticas que lo garanticen.
Seguridad jurídica.	Los estados miembros deberán elaborar instrumentos jurídicamente vinculantes de derechos humanos que faciliten la labor de respetar, proteger y hacer valer los derechos de las personas de edad.

Fuente: Resoluciones del Consejo de Derechos Humanos, 26º período de sesiones, Tema 5: Órganos y mecanismos de derechos humanos – Informe del Foro Social de 2014 (Ginebra, 1 a 3 de abril de 2014)

Anexo 6: documentos internacionales que utilizan el término de dignidad humana o dignidad del hombre, usando como referentes a la carta y a declaración

Documentos internacionales que utilizan el término de dignidad humana o dignidad del hombre, usando como referentes a la carta y a declaración.

AÑO	INSTRUMENTO INTERNACIONAL
1956	Preámbulo de la Convención suplementaria sobre la abolición de la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y prácticas análogas a la esclavitud.
1959	Preámbulo de la Declaración de derechos del niño.
1960	Preámbulo de la Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales
1963	Preámbulo de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial
1966	Preámbulo de la Declaración de los principios de la cooperación cultural internacional
1966	Preámbulo del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos
1966	Preámbulo del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales
1969	Artículo 2 de la Declaración sobre el progreso y el desarrollo social
1971	Preámbulo de la Declaración de derechos del retrasado mental
1975	Preámbulo de la Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
1984	Preámbulo de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos y degradantes

1989	Preámbulo de Convención sobre los derechos del niño
1992	Preámbulo de la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas

Cuidar al otro. La carrera moral del adulto dependiente, de José Alejandro Meza Palmeros y Luz Alejandra Escalera Silva, se imprimió en colaboración con el Fondo Editorial Nuevo León, Terminó de imprimirse en junio de 2017. En su composición se utilizaron los tipos NewBskvll BT 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 y 48. El cuidado de la edición estuvo a cargo de Abdeel Darío Duarte Henández. Formato interior y diseño de portada de Claudio Tamez.