



Intersecciones en Antropología

ISSN: 1666-2105

intersec@soc.unicen.edu.ar

Universidad Nacional del Centro de la

Provincia de Buenos Aires

Argentina

de Haro Honrubia, Alejandro

El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores

Intersecciones en Antropología, vol. 15, núm. 2, diciembre, 2014, pp. 445-459

Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179534132012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores

Alejandro de Haro Honrubia

Recibido 31 de marzo 2013. Aceptado 6 de septiembre 2013

RESUMEN

Las siguientes páginas contienen un trabajo sobre geroantropología en relación con un estudio de campo etnográfico interesado en los procesos de estigmatización en la vejez y, por ello, ubicado en diferentes instituciones residenciales para mayores, que son asimismo privadas y de carácter religioso. Todas ellas se encuentran en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (España). También se han visitado –y se ha obtenido información de– residencias públicas de carácter laico en esta misma comunidad. La vejez es vista como un mal y se la ha equiparado con la enfermedad que altera el orden y el equilibrio vital o, como diría la antropóloga Mary Douglas, contamina. El estigma en la vejez se recrudece cuando nos referimos a personas mayores asistidas seniles, afectadas o demenciadas. Los mayores –y especialmente los ancianos seniles– son, en nuestras sociedades, individuos con estigma social. La senilidad es símbolo de estigma.

Palabras clave: Estigma; Vejez; Etnografía; Residencias para mayores; Cuidado.

ABSTRACT

THE STIGMA OF OLD AGE: AN ETHNOGRAPHY OF OLD PEOPLE'S HOMES. This paper concerns an anthropology of old age. The ethnographic work that forms its basis was a study of the processes of stigmatization related to the world of old people and, for this reason, was located in residential institutions for the elderly, both private and religious. All are located in the community of Castilla-La Mancha, Spain. Public old people's homes in the same community were also visited. Old age is seen as an evil and considered an illness which alters order and vital balance and pollutes, as Mary Douglas has argued. The stigma of old age affects senile people in particular. As such, senility is a symbol of stigma.

Keywords: Stigma; Old age; Ethnography; Old people's home; Caring.

PRESENTACIÓN DEL TEMA. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Presentamos en las siguientes páginas un trabajo sobre *geroantropología* en relación con un estudio de campo etnográfico interesado en los procesos de estigmatización en la vejez y, por ello, ubicado en diferentes instituciones residenciales para mayores, que en nuestro caso presentan además la peculiaridad de ser privadas y de carácter religioso. Todas ellas se encuentran en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (España) y pertenecen a la "Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados", fundada en 1873, que cuenta con infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América. Actualmente

posee 210 casas, donde son acogidos unos 26.000 ancianos (15.300 en España y 10.000 en los restantes países): son 17 las naciones (España, Portugal, Alemania, Italia, México, Cuba, Puerto Rico, República Dominicana, Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Brasil, Mozambique) en que se ubica esta congregación.

Durante este tiempo, sin embargo, también se han visitado –y se ha obtenido información de– residencias públicas de carácter laico en esta misma comunidad, si bien el trabajo de campo prolongado –que se extiende desde el año 2008¹– se ha realizado en residencias religiosas para la denominada *tercera edad*, con el fin de evidenciar el sustancial impacto que la religión tiene en la vejez y en otros fenómenos adyacentes

Alejandro de Haro Honrubia. Facultad de Trabajo Social de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha. Calle Nuestra Señora de Cubas 38, Bloque II, Portal 4, 7º piso "A" (02002), Albacete, España. E-mail: Alejandro.Haro@uclm.es

como el estado de salud, la enfermedad y el dolor en la persona mayor, motivos estos que pueden desencadenar procesos de estigmatización (De Haro 2011). La religiosidad como sistema de creencias forma parte del proceso de socialización cultural (*endoculturación*) de este grupo de edad. Un claro ejemplo de lo que digo lo encontramos en las residencias que en varios países del mundo tiene la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, cuyos miembros adoptan la perspectiva pascual, teológica-cristiana que concibe el dolor y la enfermedad asumidos en el amor de Cristo como fuente de sanación. El misterio del amor cristiano, capaz de alcanzar el núcleo más íntimo de la persona enferma, ayuda a esta a “sanar”. El cristianismo confiere sentido al dolor humano. Exige al individuo que lo padece mostrarse esperanzado (virtud teológica), es decir, a que tienda a la superación del dolor desde el amor a Dios como camino de salvación: “El dolor es para todo hombre simplemente un acompañante inoportuno, pero inseparable. Para el cristiano puede llegar a ser, además, un amigo, quizá inoportuno también, pero amigo” (Vilar y Planas de Farnés 1998: 152). La religión es, por tanto, una variable que no hay que menospreciar cuando nos referimos a este colectivo poblacional, y muestra una especial relevancia entre el grupo de mujeres:

Valoro la religión que se sigue aquí, valoro la enseñanza de las monjas, valoro todo, que estoy muy bien atendida. Yo soy de una manera de ser que comprendo cuando tienes que seguir el orden de respetar, el orden de llevar lo que te mandan a gusto y llevarlo bien. Yo me encuentro bien. Yo soy muy religiosa y creo que casi todas las que estamos aquí también (entrevista mujer de 66 años, 2010).

Como me dijo también una de las madres superiores de la congregación:

También hay una cosa importante que es el tema de la religión. Yo creo que las mujeres tienen más fe que los hombres, porque a los hombres los veo como más desarraigados, como que siguen menos el tema de la religión. Yo creo que a determinadas edades es muy importante para ellas y muy reconfortante el apoyarse en la religión, entonces las mujeres son más seguidoras del tema relacionado con la iglesia y yo creo que son también más felices. A las ancianas creo que les influye más que a los ancianos la religión, los ancianos como que son más pasotas, no terminan tampoco de ser seguidores, aunque hay casos, hay excepciones, que sí que son muy creyentes, pero hay otros que no, que incluso se quejan y dicen ‘siempre a misa todos los días’, dicen algunos quejándose. Entonces veo que en las mujeres, que son más fieles a seguir con el tema de la religión que los hombres (entrevista a madre superiora, 2010).

Al margen del impacto del hecho religioso entre las mujeres como parte del colectivo de personas mayores, tenemos que decir que este grupo de edad conforma –como ya se ha dicho– lo que comúnmente se denomina *tercera edad*, aunque en la actualidad también ha surgido el término *cuarta edad* –e incluso ya se comienza a hablar de una *quinta edad* para los mayores de 90 años²– que engloba a todas aquellas personas mayores de ochenta años, ancianos frágiles o más vulnerables, decrépitos o que no “pueden valerse” por sí mismos, con lo cual son necesariamente dependientes. Ancianos que cada vez lo son más por la tendencia al envejecimiento poblacional y sobre todo por el aumento de la esperanza y calidad de vida en una sociedad en la que crece exponencialmente el número de residencias para mayores, tanto de titularidad privada como pública, así como el número de asilos, que se circunscriben en lo que se ha dado en llamar *cultura de la ancianidad* (De Haro 2011). El profesor Pedro Gómez, de la Universidad de Granada, dice que “sólo en las sociedades modernas han segregado una vejez marginal y han construido asilos, y por contraste son ahora las más obsesionadas por la ancianidad” (Gómez 1995).

Las residencias son los territorios que simbolizan la idea de retiro (vida retirada con consecuente pérdida de estatus y prestigio social) y de forma extrema, “el desarraigo familiar de los viejos” y “el abandono que sufren”, su exclusión, segregación y, en cierta forma, su estigmatización. La reclusión de los ancianos en centros para mayores es una forma de rehuir la vejez –por parte de los individuos considerados no-viejos–, aun cuando sean en ellos bien tratados. Un hombre de 78 años, interno en una de las residencias, me dijo: “Ninguno de mis hijos me quiere tener y eso que se quedarían con la paga el tiempo que me tuvieran y con la casa del pueblo, pero eso no les interesa, no quieren tener viejos. Hoy no se quiere a los viejos” (entrevista a hombre de 78 años, 2010)³. Como no pueden llevar una vida independiente y muchos de ellos no son admitidos en los domicilios de sus descendientes –bien es verdad que en los últimos tiempos, al menos en España, son muchas las familias que recurren a la pensión de la persona mayor ingresada en residencias como medio de supervivencia–, no les queda otra alternativa que “ingresar en una residencia, institución en la que serán cuidados, alimentados y medicados. Allí esperan la muerte” (Fericgla 2002: 42-43). Si bien es verdad que, en el caso de las residencias para mayores de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, la muerte no se concibe como algo necesariamente negativo sino como tránsito a un mundo mejor, sinónimo de salvación. La experiencia de la muerte se encuentra filtrada por las creencias de tipo religioso. Situación que contrasta con la vivida a nivel social, al menos en el mundo occidental, donde el declive de la religión

(la posmoderna *muerte de Dios* que no obstante ya anunciaran mucho tiempo atrás, en el siglo XIX, tanto Nietzsche como Dostoievski) como fenómeno cultural actual ha supuesto un debilitamiento y, en ocasiones, una ruptura de las relaciones sagradas y *rationales* que el individuo mantenía con la muerte. Las residencias para mayores como lugar donde los ancianos esperan la muerte son también, al mismo tiempo, lugares de retiro que disponen de muchas comodidades y servicios y donde se intenta que la persona mayor se encuentre cómoda, atendida y en un ambiente que le proporcione cierta ilusión (según me han comentado algunas personas que dirigen centros residenciales tanto religiosos como laicos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en España)⁴. En España podemos encontrar tres tipos de residencias: de válidos, asistidos y mixtas. Las residencias por mí visitadas fueron las de este último tipo. Una residencia “mixta” es aquella hospedada tanto por residentes “válidos” como “asistidos”. Como dice Gerardo Hernández Rodríguez, las residencias mixtas son centros en los que se ofrece a los mayores, tanto a los que pueden valerse por sí mismos como a los que en su vida diaria o cotidiana necesitan de la ayuda de terceras personas (cuidadores formales o informales), “una atención permanente y una asistencia integral mediante los servicios de alojamiento y manutención, atención médico-geriátrica, rehabilitación menor, terapia ocupacional, podología y otros servicios de carácter cultural y recreativo” (Hernández Rodríguez 2007: 231). En el entorno internacional se reconocen, no obstante, dos tipos de centros para ancianos: *nursing homes*, o residencias asistidas, y *old people's homes*, o residencias mixtas o de válidos (Pérez Hernández 2009: 73-74). Los hogares de ancianos, con independencia de su tipología, constituyen el territorio específico en el que se manifiesta “la Cultura de la Ancianidad, pero han sido creados por el resto de la sociedad (entidades financieras y de ahorro, religiosas, administraciones públicas), y se puede pensar que, aun con buena intención, la sociedad quiere recluir a los viejos en tales espacios para que no se difunda la anomalía que representan: la decrepitud” (Fericgla 2002: 48-49). Anomalía que estigmatiza aun cuando no deja de ser el resultado de la condición evolutiva del ser humano. Envejecer es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida. Una parte normal de todo este proceso, incluso cuando en la actualidad se intenta cada vez con más ímpetu retrasar.

En las instituciones para mayores, religiosas, privadas y mixtas –pues acogen a hombres y mujeres, que se ubican en espacios separados– en que circunscribo este trabajo, se persigue que al menos el anciano abandone esta percepción, que asimila y reproduce, de su propia condición (relacionada, como decimos, con la decrepitud o deterioro especialmente físico, aunque acompañado en múltiples ocasiones por un deterioro

psíquico). Ancianos, por otro lado, denominados desde aquellas instituciones bien como personas “válidas” o bien como personas “asistidas” –estas últimas normalmente ubicadas en la enfermería–, y que tienen, al menos, 60 años de edad. La normativa de estos centros, sin ánimo de lucro⁵, dice que acoge “a toda persona mayor, pero si esta persona mayor es ‘válida’ aporta el 80 por ciento de su sueldo o pensión y si es persona mayor ‘asistida’ aporta el 100 por ciento de su sueldo-pensión”. Sin perjuicio de lo anterior, estas instituciones residenciales también aceptan “toda ayuda que de personas privadas o instituciones puedan recibir, de familiares también”. Tales instituciones que forman parte de la congregación que estudiamos fueron antiguamente asilos (la primera relación escrita del concepto de asilo es de carácter religioso. Surge en el siglo XIV, de la palabra latina *asylum* y de la griega *asylon*, que significa “lugar sagrado e inviolable”).

En el siguiente apartado exponemos cuál ha sido la metodología utilizada, así como los objetivos e hipótesis de trabajo. En un siguiente punto, abordamos la noción de asilo, que aquí ya mencionamos, y su relación con la vejez y la ética cristiana que obliga al deber de compasión, caridad y protección hacia la persona con necesidad extrema como puede ser la persona mayor.

METODOLOGÍA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

El tipo de metodología utilizada durante el proceso de investigación en los centros religiosos para mayores de la “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” ha sido la observación directa y participante (se ha realizado fundamentalmente en las salas de ocio de los ancianos, el comedor, la cafetería, los pasillos, la enfermería, el gimnasio, la peluquería), junto con una serie de entrevistas semiestructuradas abiertas (se han realizado 40 entrevistas en profundidad a personas mayores con edades comprendidas entre los 60 y 80 años y personal institucional) y conversaciones de carácter más informal (se ha conversado con un total de 81 mayores, hombres y mujeres, así como con personal de los diferentes centros para la tercera edad: enfermeras, cuidadores formales e informales, “hermanas” o monjas, terapeuta ocupacional. Con otros muchos mayores se han intercambiado algunas palabras sin llegar a ser conversaciones). Se ha conversado –cosa en principio nada fácil pues se encuentran en situación de semiclausura, aparte de los prejuicios que hacia mi labor puedan manifestar– con todas las “hermanas” (monjas) de la caridad, siendo algunas de ellas asistidas. Como me dijo una de las madres superiores de una de las residencias: “Somos 13 de comunidad, pero tres de ellas son también personas asistidas a las que tenemos que

cuidar. Las que estamos en activo somos diez y luego tenemos pues 24 empleados que están trabajando aquí y luego también hay un grupo de voluntarios que viene todos los días" (entrevista a madre superiora, 2010). La información obtenida nos ha permitido ahondar, en relación con un determinado colectivo o grupo de edad, cómo es el grupo de personas mayores (denominados válidos o asistidos, que han sido dos de las principales categorías de análisis "nativas" utilizadas en nuestra investigación), en la última etapa del ciclo vital que denominamos vejez o ancianidad, a partir de la observación prolongada llevada a cabo en diferentes centros residenciales religiosos que forman parte de la ya mencionada congregación. Las expresiones utilizadas en este trabajo para referirnos a los individuos de este grupo de edad son las siguientes: "personas mayores" o "ancianos/as", si bien estos utilizan los términos "viejo" o "vieja". Así dicen, según yo he escuchado decir a varios de ellos: "somos viejos", "estamos viejos". La vejez es definida por los propios actores sociales en términos de dependencia e incapacidad, enfermedades, dolores, quejas, aflicciones, o estorbo para los demás, contraponiéndola a juventud. Sobre la base de estas relaciones construyen ellos socialmente la vejez. Un anciano me dijo durante una conversación que "la juventud no quiere nada con los viejos, no quiere saber nada de los viejos" (entrevista a hombre de 78 años, 2010). Si no empleo la palabra viejo/a es porque, como dice Simone de Beauvoir, "toda una tradición ha cargado esta palabra de sentido peyorativo, suena como un insulto. Por eso cuando uno se oye tratar de viejo reacciona a menudo con cólera" (Beauvoir 1983 [1970]: 345). Las personas de edad, dice también Beauvoir, "saben que se mira a los viejos como a una especie inferior. Por eso muchos de ellos toman como un insulto toda alusión a la edad" (Beauvoir 1983 [1970]: 342).

Al objetivo principal de nuestra investigación –la relación entre vejez y estigma social– se han sumado otras variables: categorías antropológicas tales como cuerpo, dolor, salud, enfermedad y religiosidad.

Nuestra principal hipótesis de trabajo no ha sido otra que evidenciar la relación que guarda el contexto religioso institucional con el funcionamiento de estos centros residenciales y con los fenómenos de la vejez, la salud y la enfermedad, y especialmente con la cuestión del dolor, el padecimiento o la aflicción que padece la persona mayor, que en muchos casos conduce a esta a verse inmersa en procesos de estigmatización. Es por ello que desde la congregación, lo que se intenta, en primer lugar, es que los mayores abandonen la visión estrictamente *maléfica* que tienen no sólo de la vejez –que los ancianos asocian en términos generales a enfermedades, padecimientos y dolores–, sino también de la enfermedad y el dolor. Una de las madres superiores de la congregación me

dijo en una ocasión, respecto de los dolores de las personas mayores, lo siguiente:

A veces son dolores imaginarios los que tienen. Es cierto que a veces los tienen pero muchas veces es más psíquico que real. Y de hecho lo comprobamos cuando les cambiamos de tema o de otra cosa y ya no se acuerdan de ese dolor, por eso lo importante que es el calor, el darle cariño, el darle cercanía, es muy importante, cuando la persona tiene todo esto se siente más aliviada (entrevista a madre superiora, 2008).

Para ella, "padecer" "dolores imaginarios" es casi normal en el mundo de los mayores en general, tal y como ella lo ha experimentado personalmente en todas aquellas residencias de la congregación en que ha trabajado:

Eso es en todo, el mundo de los mayores en todos los sitios es igual, y de hecho lo comentábamos el otro día, en todas las casas que llevamos, no es que lleve muchas casas, pero sí que he estado en cinco residencias, he estado en tres como directora y en las demás he estado de hermana, y siempre pues es lo típico, personas que están muy metidas en sus dolores, los mismos casos, más o menos, con distintos nombres, pero en general el mundo de los mayores es así (entrevista a madre superiora, 2008).

Pero no solamente es esta madre superiora quien utiliza aquella expresión. Un autor como Johannes Vilar y Planas de Farnés, en *Antropología del dolor. Sombras que son luz*, se refiere al dolor imaginario en términos de "dolor neurosis, que es puesto en marcha por la imaginación" (Vilar y Planas de Farnés 1998: 55). Más allá de la naturaleza del dolor, tema que quedaría para otro trabajo, tenemos que decir que los dolores y las enfermedades presentan entre las personas mayores, como diría Eduardo Menéndez, "una significación colectiva negativa" (Menéndez 1994: 71), que hay que abandonar adoptando una visión más *benéfica* de la enfermedad y el dolor, que, según los miembros de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, nos anima a asumir aquellos dos desde el amor a Dios, para así lograr su superación. Por ejemplo, desde la congregación se anima a los mayores a considerar la vejez como una época de plenitud vital –y no sólo de decadencia o decrepitud– que aquellos pueden enfocar en lo que sería la ayuda a los demás. En las residencias que he visitado se anima a los ancianos "válidos" a ayudar/cuidar a sus compañeros enfermos "asistidos", pues es esta una manera de que ellos se sientan útiles en este periodo de sus vidas. Se sienten "más útiles las ancianas –dice el terapeuta ocupacional de una de las residencias– cuidando o aconsejando a las más demenciadas, en la enfermería" (entrevista a terapeuta ocupacional, 2010). Una de las madres

superiores me comentó también lo siguiente acerca de esta situación:

Es muy beneficioso, porque la vida hoy día..., la vida está llena de etapas y últimamente estamos intentando cómo..., cómo quitar todo lo negativo que hay en la vida y no, y la vida está compuesta de temporadas buenas y de temporadas malas, y entonces pues ellos también al ir a la enfermería (se refiere a los ancianos/as que van a la enfermería a ver a sus compañeros más enfermos) se dan cuenta que el día de mañana puede ser que un caso de esos sea el suyo y lo ven de otra manera, e incluso sus mismas dolencias se les alivian al ver a otros que están peor. Es también debido a la sensibilidad de cada uno. Hay algunas que no pueden ir a la enfermería, porque no pueden ver a estas personas (entrevista a madre superiora, 2009).

Las enfermedades o dolencias, me dijo aquel terapeuta ocupacional,

bueno, muchas de las veces sirven como vínculo de unión, aunque parezca mentira, porque pues se van preguntando entre ellas, 'oye pues qué te ha dicho el médico y cuándo tienes que ir, y esto que tenías...', y esto muchas veces sirve como vínculo de unión, o 'vamos que te acompaño al...', hay algunas ancianas que están muy bien física y mentalmente, entonces acompañan a otras al médico o vienen a aquí a acompañarlas en la enfermería, yo creo que en muchos casos es un vínculo de unión (entrevista a terapeuta ocupacional, 2009).

El padecimiento de una enfermedad o dolencia igual a la de algún otro también crea entre algunos de ellos, ya sean ancianos válidos o asistidos –siempre que estos últimos tengan conciencia de su situación–, “cierta afinidad, se van preguntando ‘¿cómo estás?’, en fin, se va creando como un vínculo un poco más estrecho entre ellos al padecer la misma enfermedad” (entrevista a terapeuta ocupacional, 2010).

EL ASILO EN LA VEJEZ Y LA ÉTICA CRISTIANA

La noción de asilo, relativa a estas residencias para mayores de carácter religioso, es fundamental, pues el asilo, como lugar donde se atiende a la persona necesitada de ayuda, ha cumplido tradicionalmente con el deber de caridad cristiana. El cristianismo prolongó y reforzó profundamente esta noción. La Iglesia católica se construyó sobre “la exaltación del principio de la caridad que se manifestaba en el imperativo del amor al prójimo. Este amor implicaba, obviamente, la protección, el deber cristiano de dar una primera acogida a personas en necesidad extrema” (Malgesini y Jiménez 2000: 44). La Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados potencia entre los mayores los siguientes valores: la solidaridad, la caridad, la

compasión..., que constituyen la base del sistema de valores católico cristiano, que es el que siguen los miembros de la propia congregación. Esta, según se indica expresamente en su normativa, defiende, aun cuando se respetan otras creencias, una concepción o “visión cristiano-católica del hombre y el mundo”. Normativa que asimismo indica que “la Iglesia Católica como institución religiosa está detrás de esta Congregación a nivel nacional e internacional”. Los miembros de la congregación se han consagrado a la labor de ayudar al otro, fundamento de la ética cristiana como ética del cuidado o *caring* (ética humanitaria). Especialmente, se desviven por todas aquellas personas mayores que requieren o demandan esa labor de ayuda asistencial o cuidado personal. Esa ayuda significa cuidado del otro/otra, lo que supone respeto y responsabilidad moral hacia él/ella, buscando que se sienta útil a través de la mejora de sus condiciones de vida. El Otro, menesteroso, débil o vulnerable, depende de mí. Dependencia y ética están juntas y caen juntas, como subraya el sociólogo Zygmunt Bauman en un capítulo de uno de sus libros. Ese capítulo lleva por título: “¿Soy yo acaso el guardián de mi hermano?” (Bauman 2001: 88-98). En él, el autor recrea una de las enseñanzas judeocristianas. La necesidad del otro, de sentirse útil y de crecer como persona, y la responsabilidad de satisfacer esa necesidad es la piedra angular de la moral, y la aceptación de esa responsabilidad es el acto que marca el nacimiento de la persona moral (Bauman 2001: 88). Una filosofía que desde la congregación objeto de esta investigación, de acuerdo con una de las madres superiores, se entiende como sigue:

Lo peor que le puede pasar a una persona mayor es inutilizarla, pensar que no vale para nada, que ya ella, cuando ha sido una persona activa que se ha movido en la vida con mucha facilidad, ahora llega a una residencia y ya nada, no tiene que hacer nada; entonces nosotras las incentivamos mucho, que pueden hacer cosas, y de hecho eso les da, les da la vida, yo creo que les alarga la vida (madre superiora, comunicación personal, 2009).

La peculiaridad en el caso de las residencias que estudiamos se encuentra en que la atención a los ancianos/as, sobre todo a los ancianos/as “asistidos”, afectados, dependientes o demenciados (como se los denomina desde la propia congregación) condensa altas dosis de religiosidad, que se concreta en el ejercicio de determinados valores/virtudes por parte de las “hermanas” y del resto de cuidadores tanto formales como informales. De entre esos valores sobresale como valor ético principal el amor al otro, símbolo de la caridad y beneficencia cristiana. La beneficencia cristiana manifiesta grandes dosis de filantropía, cuyos orígenes aquella sitúa en la “filantropía” hipócrita “como actitud de amor a la persona enferma que busca y genera su mejora o curación” (Boixareu 2008: 247).

El párroco de una de las residencias, en los diferentes actos litúrgicos que yo mismo he presenciado, anima a lo siguiente: *"El amor es lo que tiene que guiar vuestras vidas y vuestras relaciones sociales", "Amor al prójimo, estar con él, sufrir con él, padecer con él"*. Hay que padecer con el otro, sufrir con su dolor (Good 1994). Así lo dicta, como sabemos, la ética cristiana que identifica a Jesucristo como aquel que ha sufrido el mayor dolor. Es el amor al otro, especialmente al otro enfermo, desvalido o "asistido" lo que desde la congregación se piensa mitiga gran parte del dolor y el sufrimiento: *"La tolerancia, el consenso, la solidaridad de la que tanto se habla hoy se reduce –afirma el párroco de una de las residencias de la congregación– al amor al prójimo. Dios nos da amor, aunque todos nosotros seamos a veces un poco Barrabás"*. De las palabras del párroco se deduce al menos una enseñanza: que el padecimiento y el sufrimiento ajenos conducen a la virtud religiosa católico-cristiana del amor y la compasión: compartir el padecimiento de los otros, acompañarlos en sus dolores y sufrimientos⁶. De esta forma, el dolor y el sufrimiento penetran en el campo de la espiritualidad (Clark 1999). Quien acompaña el dolor y el sufrimiento del otro acompaña al otro tal como es, no a una imagen o un perfil estereotipado, prefabricado. El dolor se personaliza, se humaniza (Del Vecchio et al. 1994). Quien acompaña el dolor y el sufrimiento del paciente, acompaña a "alguien" con una manera de ser particular, no la propia. Por ejemplo, y en el caso de las personas asistidas discapacitadas: no acompaña a "tal discapacidad", sino a una persona concreta afectada por "tal discapacidad" (Boixareu 2008: 271) (No hay que olvidar que el concepto de persona fue una de las grandes aportaciones del pensamiento cristiano a la reflexión intelectual en Occidente). Discapacidades que hacen que los ancianos asistidos sean con frecuencia altamente dependientes, frente al resto del colectivo de personas mayores "válidas" que se muestran más independientes o autónomas, aun cuando padezcan algunas de ellas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artrosis...). Sin embargo, la persona enferma es, según los miembros de la congregación, especialmente la persona "asistida", que por ello mismo porta, sobre la base de esta denominación, cierto estigma.

La enfermedad y el dolor, independientemente de su naturaleza, se afrontan, desde la congregación, tanto en clave biomédica como religiosa-trascendental, es decir, recurriendo tanto a la medicina farmacológica como especialmente al amor de Cristo como camino de salvación/curación. Una de las madres superiores de una residencia me contestó lo siguiente a una pregunta durante la entrevista que le realicé:

Nosotras, tengo que decirlo, como religiosas que somos, nuestro móvil es Dios y lo hacemos por amor a Dios, por amor a Dios reflejado en los ancianos. Hay veces que

ellos lo sienten, lo reconocen y nos lo manifiestan, pues oye, eso siempre es halagador, y otras veces pues no, pero nuestro único móvil es el amor a Dios y pues hacer vida del Evangelio (entrevista a madre superiora, 2009).

En el siguiente apartado, abordamos el impacto del estigma, como marca social y corporal, en la vejez, sobre todo entre el grupo de mayores asistidos, dependientes, incapacitados, demenciados o seniles, siendo estas expresiones "emic", es decir, obtenidas del discurso de los miembros de la propia congregación. En un siguiente epígrafe, previo a las conclusiones, nos ocupamos del concepto de *ageism* o "edadismo", que responde a un proceso de discriminación por edad, que es otra forma de discriminación social que recae sobre la persona mayor o de avanzada edad.

EL ESTIGMA EN LA VEJEZ. A PROPÓSITO DE LOS ANCIANOS ASISTIDOS, DEMENCIADOS O INCAPACITADOS

Al referirnos a personas asistidas seniles, afectadas o demenciadas, discapacitadas⁷, como también se las llama desde la congregación, es casi obligatorio traer a colación el término "estigma", pues todas estas situaciones vitales desencadenan procesos de estigmatización. Los seniles son, en nuestras sociedades, individuos con estigma social. Podemos considerar senil a un individuo a partir del momento en que, por razones de edad, tiene fallos mentales que lo incapacitan para vivir y actuar con total independencia, "o tiene limitaciones –necesita de ayuda total o parcial– en dos o más de los siguientes ítems: a) sentarse; b) vestirse; c) ir al lavabo; d) trasladarse; e) control de esfínteres; f) autoalimentarse (Informe n°. 548 del año 1972, de la OMS)" (Fericgla 2002: 95-96). Por senil nos referimos a un estado biográfico marcado por el proceso de deterioro biológico del ser humano. Se trata de sujetos que sufren un nivel de deterioro físico y especialmente mental que les impide desarrollar con "normalidad" su vida social e íntima o personal. Este deterioro vital cabe entenderlo en términos de enfermedad, que supone la pérdida del equilibrio anejo al estado de salud. El concepto de senilidad se aplica a individuos que, por causas propias de la edad, sufren determinados problemas y limitaciones físicas y/o mentales que en mayor o menor medida les hacen depender de los demás para las actividades básicas⁸. Para incluir, como dice Fericgla, a un individuo

en la categoría de senil se parte siempre de un estado biológico del individuo, independiente de lo que la cultura diga sobre su estado social. *La senilidad es el resultado de un proceso de deterioro físico-mental que no tiene un momento preciso de aparición y establece diferencias entre individuos*. Los ancianos pueden ser jubilados y seniles, jubilados pero no seniles, seniles

pero todavía no jubilados... y pueden incluso morir sin haber pasado nunca por estado de seniliscencia (Fericgla 2002: 39).

La senilidad es símbolo de estigma, que es aquel signo especialmente efectivo para llamar la atención “sobre una degradante incongruencia de la identidad”, y capaz de quebrar lo que de otro modo sería “una imagen totalmente coherente, disminuyendo de tal suerte nuestra valorización del individuo” (Goffman 1963: 58). El término estigma –argumenta Erving Goffman– será utilizado, pues, “para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” (Goffman 1963: 13). Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos, en la práctica, sus posibilidades de vida. Construimos “una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de clase social” (Goffman 1963: 13-14). La senilidad se concibe o es interpretada socialmente como un símbolo de estigma, aun cuando no sea este, en términos generales, el caso en el contexto de las residencias de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, donde las personas que dirigen y trabajan en sus centros residenciales para mayores cuidan, tanto material como espiritualmente, del anciano, lo que supone evitar cualquier tipo de estigmatización o desagravio en relación con su situación, si bien es verdad que el cuidado de la persona mayor asistida y con demencia senil resulta enormemente difícil, como yo mismo he podido comprobar en mis visitas a la enfermería, lugar donde se ubican los ancianos asistidos⁹. En el transcurso de una entrevista en profundidad una madre superiora me dijo, en relación con una pregunta que le realicé sobre cómo afrontan la situación que padecen los ancianos más demenciados, de la siguiente manera:

Bueno ¿te refieres a cómo lo enfocamos nosotros? Bueno, pues a veces es difícil, porque hay personas con una demencia bastante aguda y es un poco difícil, y eso que la casa está, está dividida en sectores, las personas que están mejor, no sé si te has dado cuenta, están en un sitio y las que están peor están en otro, no sé si has subido por la enfermería, en la parte de arriba. A los ancianos en sí les beneficia, porque están más todos los que están de su forma de ser, de estar, y luego los que se van deteriorando, más física y psíquicamente pasan a esta planta (se refiere a la planta primera, donde está la enfermería), que es donde tienen más cuidados. A quien afecta más esto de cambiarlas de planta es a las familias, pero claro, esto ya lo tenemos así, pasa lo mismo que tener hombres y mujeres, esto lo tenemos así, la persona que es válida está en una parte y la persona

cuando pasa de válida a asistida pasa a otra, y nosotras enfocarlo, hombre pues sobre todo los problemas físicos los llevamos, pues sabemos cómo hay que tratarlos, los psíquicos a veces nos sorprenden más, porque es más difícil, pero en general, pues bien (entrevista a madre superiora, 2011)¹⁰.

Tanto esta como otras madres superiores de las residencias en que obtuve la información de campo reconocen que no es fácil dirigir una residencia de ancianos, pues se encuentran con situaciones difíciles de afrontar; si bien es cierto que se encomiendan, según me dijeron, a Dios para afrontar tales situaciones. También me confesaron aquellas que las monjas son humanas y no sólo religiosas devotas de Dios, y como humanas tienen días mejores y peores, pero bien es cierto que afrontan todos los días, como me dijo literalmente una de ellas, “con un espíritu de lucha y entrega”. Otra madre superiora me dijo:

Pues bien, vamos, toda persona tiene sus altibajos y tiene, pero aquí pues estamos todas motivadas pues por el seguimiento de Cristo y ya pues hemos tenido nuestros, nuestros tiempos de formación, en que sabemos dónde nos hemos, a lo que nos hemos entregado, eso no quiere decir que haya un día, que hay mucho, muchas incidencias, y la persona como humana, pues aunque seamos religiosas somos humanas y tenemos también nuestros altibajos, pero pienso que bastante superados (entrevista a madre superiora, 2009).

Estos altibajos posiblemente estén relacionados con los cuidados de los mayores asistidos seniles, que son, por esto mismo, los más sometidos a procesos de estigmatización, si no por las monjas, sí por parte del resto, o buena parte, de la población. La noción de estigma remite, si atendemos a su significado etimológico, a una marca o señal en el cuerpo. Las personas mayores asistidas y al mismo tiempo seniles portan también esta marca corporal en tanto que “viejas” con un cuerpo deteriorado, inmóvil, inútil, que necesita ayuda hasta para la satisfacción de las necesidades más elementales, por lo que compartirían el estigma asociado a la vejez y sus atributos con el resto de sus compañeros/as incluidos en el grupo de “válidos”:

Hay un estigma virtualmente fuerte en el envejecimiento. El anciano avanza hacia la muerte y encarna dos innombrables de la modernidad: la vejez y la muerte, que son los lugares de la anomalía, escapan al campo simbólico que otorga sentido y valores a las acciones sociales: encarnan lo irreductible del cuerpo. La percepción común reduce al anciano a la percepción del cuerpo, especialmente en las instituciones. Cuerpos relegados, ocultos, luego olvidados, los viejitos del asilo eran cuerpos viejos inútiles que habían servido y que ya no servían más, cuerpos con los que no se sabía qué hacer y que se depositaban ahí esperando que se dignaran a morir (Le Bretón 2002: 141-142).

La vejez traduce un momento en el que el cuerpo se expone a la mirada del otro de un modo desfavorable. El sentimiento abstracto de envejecer nace, por lo tanto, “de la mirada del otro. El sentimiento de envejecer viene siempre de otro lado, es la marca en uno de la interiorización de la mirada del otro” (Le Bretón 2002: 142-143). El anciano, sobre todo si es asistido-senil o discapacitado, es “objeto de su cuerpo y no un sujeto completo”. El sujeto queda reducido a su cuerpo. Si no muere, como dice David Le Bretón:

interioriza una especie de muerte simbólica a través de una dependencia cada vez mayor del personal que lo cuida, el repliegue sobre un yo cada vez más restringido y desvalorizado puede llevar a la posición fetal o a que no se levante de la cama, como cuando delegan todas las actividades corporales en el personal de la institución. Cuando se perdió todo, queda el límite del cuerpo o, aun más, la demencia, otra manera de no estar ahí (Le Bretón 2002: 143-144).

El cuerpo del anciano es un cuerpo al que hay que alimentar, un cuerpo que hay que lavar, un cuerpo arruinado, deshecho, dolorido (Scarry 1985), cuya higiene y supervivencia hay que asegurar. Esta es una realidad que he podido certificar en las residencias para mayores por mí visitadas, especialmente en el sector destinado a ancianos “asistidos”, es decir, en la enfermería, que yo entiendo como un espacio simbólicamente asociado a la idea de dolor y enfermedad, donde muchas de las personas allí cuidadas por el personal contratado a tal efecto sufren de un deterioro corporal y mental acusado y requieren por ello una atención continuada y permanente, pues necesitan de ayuda para realizar las tareas más básicas cotidianas como vestirse, comer o lavarse. El rol de la persona allí cuidada es el de *viejo-enfermo*. El rol del enfermo es un término desarrollado por el sociólogo norteamericano Talcott Parsons, que designa el papel o rol que un individuo adopta o que es forzado a adoptar cuando está enfermo. La enfermedad viene asociada generalmente a una alteración de la vida cotidiana y envuelve el conjunto de prácticas, valores y expectativas sociales sobre este episodio que configuran el rol del enfermo (Comelles y Martínez 1993: 85-87). Las enfermerías endosan este rol a quien se ubica en ellas. Erving Goffman concebiría simbólicamente un espacio como la enfermería, donde se ubica a los ancianos asistidos, en términos de espacio “contaminado”, en este caso de personas “asistidas” que aparecerían como “agentes contaminantes” o potencialmente “contaminantes” –en el sentido de “transmisores”– de enfermedades... Son expresiones que el sociólogo Erving Goffman utiliza en su ensayo *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Goffman 1988). El enfermo es, como dice la profesora R. M. Boixareu, alguien “manchado” y “apartado” de la comunidad: “La enfermedad no solamente lesiona la integridad

biológica del paciente, también compromete su integridad y su inserción social” (Boixareu 2008: 209). Esta situación desencadena procesos de estigmatización. Según Graciela Malgesini y Carlos Jiménez, son dos los elementos constitutivos del estigma como mecanismo o instrumento de la desviación social: “(1) el estigma es ante todo un atributo social o un signo, a veces físico y otras veces social; 2) su existencia produce dos efectos claves relacionados entre sí: devalúa la identidad del actor social que posee dicho estigma (o sobre el cual recae el estigma, y le descualifica –en palabras de Goffman– para la completa aceptación social” (Malgesini y Jiménez 2000: 155-156)¹¹. El individuo estigmatizado, cuando tiene conciencia de su situación, que no suele ser el caso de las personas mayores asistidas-seniles, se define a sí mismo como igual a cualquier otro ser humano, mientras que, al mismo tiempo, “es definido por él mismo y por quienes lo rodean como un individuo marginal” (Goffman 1963: 129-130). Aun cuando los mayores enfermos seniles portan un mayor estigma social, este afecta, en primer lugar, a la persona mayor en cuanto “vieja”: la misma palabra estigmatiza, devalúa a la persona con esta condición social que supone ser mayor¹². Una anciana de 82 años me dijo, en una conversación informal que un día tuve con ella en la sala de una de las residencias en que ubico mi trabajo, que “cuando te haces vieja ya no hay solución ni vuelta atrás... esto es lo último que nos queda, dejar pasar el tiempo hasta morirnos aquí en el centro, esto es ya la última etapa”. Y siguió diciendo que cuando ella era joven, estaba “llena de salud, de ganas de vivir y ahora... mira cómo me ves aquí en silla de ruedas dependiendo de todo el mundo para ir de un lao a otro”. “Ser viejo es lo peor que hay, cuando llegas a viejo todo son dolores, malestar, dependes de las pastillas para todo, que si las pastillas para el dolor de lumbago...” (diálogo con mujer de 82 años, 2010). Concebir la vejez como si de un mal se tratase, que es lo que hace esta anciana, no significa otra cosa que volcar sobre sí misma el estigma que socialmente se asocia a la vejez: se autoestigmatiza.

En el siguiente punto, previo a las conclusiones, nos ocupamos de la discriminación por edad (edadismo) como forma de estigmatización de la persona mayor.

LA DISCRIMINACIÓN POR EDAD (“EDADISMO”) COMO ESTIGMA EN LA VEJEZ O ANCIANIDAD

El colectivo de ancianos podría ser incluido –hasta cierto punto y según algunos autores– dentro del grupo de marginados de la sociedad, puesto que comparten algunas de las características de estos. Una de ellas es que los demás, es decir, el resto de la sociedad no “vieja”, “no encuentran razón para que existan”. Como dice Zygmunt Bauman de los marginados en

general, “posiblemente imaginen que estarían mejor si ellos no existieran”. Se arroja a la gente a la marginalidad porque se la considera definitivamente “inútil, algo sin lo cual todos viviríamos sin problemas. Los marginales afean un paisaje que, sin ellos, sería hermoso; son mala hierba, desagradable y hambrienta. Intratables, marginados de la sociedad, hostiles” (Bauman 2000: 103-104). Estamos convencidos, señala Gerardo Hernández Rodríguez (2007), de que nuestra sociedad funcionaría mejor si nouviésemos a los ancianos, porque frecuentemente se considera a este colectivo como un problema, en vez de “valorar positivamente que un número cada vez mayor de personas alcancen edades avanzadas. Si a un individuo se lo etiqueta como alguien que no ofrece nada, cualquier pretensión que éste tenga con respecto a los demás será vista inmediatamente como dependencia” (Hernández Rodríguez 2007: 227). Dependencia que estigmatiza. Para referirse a la estigmatización inherente al proceso avanzado de envejecimiento en las últimas etapas del ciclo vital se suele recurrir a un término acuñado por Robert Butler en 1969: *edadismo* (*ageism*), que el autor vinculó a otras formas de discriminación como el racismo o el sexismo, aun cuando bien es verdad que el primero nos afecta a todas las personas (no así el sexismo o el racismo) porque es la única condición evolutiva que todas debemos vivir. El término edadismo fue definido como un prejuicio sistemático y una discriminación contra las personas por el hecho de ser mayores, como argumenta Rocío Fernández-Ballesteros en *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*, quien intenta desmontar los prejuicios y estereotipos que en nuestras sociedades modernas recaen sobre la vejez: “Sobre la vejez y las personas mayores se mantienen creencias, actitudes y estereotipos negativos, el común pensar de la población atribuye a los viejos todo tipo de ineficiencias e incapacidades” (Fernández Ballesteros 1992: 14-15). El rechazo o discriminación de la vejez responde a una cuestión cultural o socioantropológica, como ha puesto de relieve el profesor David Le Bretón (2002):

El anciano se desliza lentamente fuera del campo simbólico, deroga los valores centrales de la modernidad: la juventud, la seducción, la vitalidad, el trabajo. Es la encarnación de lo reprimido. Recuerdo de la precariedad y de la fragilidad de la condición humana, es la cara de la alteridad absoluta. Imagen intolerable de un envejecimiento que alcanza a todo en una sociedad que tiene el culto de la juventud y que ya no sabe simbolizar el hecho de envejecer o de morir. La vejez traduce el momento en el que el cuerpo se expone a la mirada del otro de un modo desfavorable (Le Bretón 2002: 142-143).

La vejez es vista por muchos como un “mal” y se la ha equiparado con la enfermedad (podemos recordar el testimonio anterior de la anciana de 82 años al respecto) que altera el orden y el equilibrio vital o,

como diría la antropóloga Mary Douglas, contamina (Douglas 2007: 20-21). Pero la discriminación de la vejez o por razón de edad, al asociarla con los aspectos más negativos, como por ejemplo la enfermedad, no es algo exclusivo de nuestra cultura, sino también de otras, como ha puesto de relieve el antropólogo de la medicina Erwin H. Ackerknecht, quien atiende a los fenómenos de salud, enfermedad y vejez en diferentes grupos étnicos. En el capítulo VIII de su libro *Medicina y antropología social* (1985), reflexiona, citando ejemplos etnográficos de otros autores como Evans Pritchard o Bronislaw Malinowski, sobre distintos tipos de enfermedad entre las sociedades denominadas primitivas, las diversas concepciones culturales de la enfermedad y las causas sobrenaturales de esta. Existen pueblos que ponen en relación directa la enfermedad y la vejez. Así, dice Erwin H. Ackerknecht, “los indios del Suroeste reconocen que la enfermedad puede ser causada por la exposición al frío y la vejez”. En Malekula, “todas las enfermedades, excepto las que se derivan de la vejez y las heridas, se deben a brujería o a la venganza de los fantasmas”. Las enfermedades consideradas por los primitivos como naturales se desglosan, según Erwin H. Ackerknecht, en tres grupos: “las enfermedades muy ligeras (resfriados), las muy habituales (vejez, tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, filariasis, frambesía, por alimentos envenenados, insolación, enfermedades de la piel); y las importadas por los blancos –disentería, viruela y otras fiebres traídas por los blancos–”; y existen algunos grupos, como los dobu, que exceptúan de la “causalidad sobrenatural las enfermedades importadas por los blancos” (Ackerknecht 1985: 139-140). La asociación de vejez y enfermedad, su vinculación como si de una relación causa-efecto se tratase, no deja de ser una forma de discriminación de la vejez que es, también en nuestras sociedades, sinónimo de discriminación por edad, la cual se encuentra profundamente enraizada en nuestro pensamiento, en las prácticas sociales y en las políticas públicas; en el fondo de la cual “subyace la no consideración de las personas mayores como ciudadanos con derechos y responsabilidades y con las mismas necesidades e intereses que las personas de cualquier otra edad. Este pensamiento prejuicioso y limitador se muestra en la práctica cotidiana en numerosas situaciones” (Freixas Farré 2009: 141-142). Este tipo de discriminación también se puede entender en términos de maltrato estructural o social –que se suma al maltrato doméstico e institucional– que ocurre cuando, debido a nuestras ideas prejuiciosas en torno a la vejez, convertimos el criterio de la edad, como variable cronológica, en un elemento que otorga a los ancianos menor valor que a la gente de menor edad o joven. Estos prejuicios se propagan mediante estereotipos, que son imágenes mentales que simplifican la realidad y que se difunden socialmente y que fomentan el “edadismo” o discriminación por edad o hacia la

persona mayor prácticamente en cualquier situación. En el siguiente apartado abordamos, como conclusión de este trabajo, la importancia que en el contexto de residencias para mayores presenta la ética del cuidado o *caring* como herramienta para aminorar el impacto del estigma en la vejez.

CONCLUSIÓN: LA ÉTICA DEL CUIDADO (CARING) Y EL ESTIGMA EN LA VEJEZ

Con este artículo, que responde a un trabajo de campo, hemos mostrado el impacto del estigma en la vejez recurriendo tanto a testimonios etnográficos obtenidos en instituciones religiosas para mayores, como también a aportaciones teóricas sobre el tema¹³. Asimismo, hemos visto cómo se interviene para contrarrestar esta situación desde las instituciones de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, que cuenta con residencias no sólo en España sino también en otros muchos países. En las residencias religiosas de esta congregación –así como también en otras instituciones para mayores de carácter público y laico que he visitado– se denuncia toda situación de estigmatización hacia la persona mayor y se actúa desde una *ética del caring*, del cuidado y/o ayuda de carácter humanitario, con el objetivo de mejorar su situación, que incluye precisamente contrarrestar todo intento de estigmatización. Esta idea de la *ética del caring* ya fue desarrollada ampliamente por Carol Gilligan (Gilligan 1985) que la entiende como ética de la justicia y sobre todo como una ética para todos, que debe trascender el ámbito privado para impactar positivamente en el ámbito público. El objeto del *caring* como preocupación en sentido amplio respecto del otro, en nuestro caso el anciano, comprende las siguientes dimensiones, que se pueden considerar esenciales: “la humanización, la dignidad, la optimización de la salud y, por último, la proximidad (conexité) y la trascendencia” (Saillant 2008: 193). Estas dimensiones se organizan en dos niveles: el nivel de los cuidados, mediante la optimización de la salud, la humanización y la proximidad, “y un nivel más general que trasciende el área de los cuidados, mediante el crecimiento, el conocimiento, la dignidad y la trascendencia [...], dar a la humanización una encarnación” (Saillant 2008: 193). Todo lo contrario a esta idea del *caring* como proceso que fomenta el vínculo humanitario y social, la relación y la conexión, “causará enfermedad y sufrimiento” (Saillant 2008: 196), como son los procesos de estigmatización tan dañinos y violentos. El objeto del *caring* comprende cierta espiritualidad, trascendencia y estética: “La trascendencia espiritual es una parte integral de la forma estética del *caring*” (Saillant 2008: 198). La forma estética del *caring* tendrá pues “una significación teológica, que en este contexto se transforma y toma la forma de un

símbolo de la unidad esencial de la vida” (Saillant 2008: 198). El *caring* vehicula el afecto y se inscribe en el registro de la categoría de emociones tales como “el amor, la honestidad, el valor...” (Saillant 2008: 199). En primer plano surgirá la motivación caritativa, pero sobre todo, el amor humano. Es una regla moral que comprende todo un mundo de valores/dimensiones humanas”. Mediante la forma y el compromiso que genera, se reconoce el lugar que ocupa en tanto que disposición hacia el Otro en estado de vulnerabilidad (como es el caso de la persona mayor). En este sentido, el *caring* no es ni más ni menos que “un modo de estar asociado a la condición humana” (Saillant 2008: 200)¹⁴. El *caring* comprende, por tanto, unas dimensiones que son valores: la humanización, la dignidad y la optimización de la salud, que incorpora el haber moral/espiritual de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados en su diversidad institucional de naturaleza internacional. La congregación sobredimensiona, pues cristianiza, la práctica del *caring*: cuidados que delatan compasión hacia el otro; recurriendo asimismo a la comprensión y a la habilidad profesional buscando el bien del paciente; cuidando en el sentido de ser diligentes y hábiles en la práctica profesional que, en el caso que nos ocupa, adquiere una dimensión de religiosidad que tamiza la acción de cuidar como acto de comunicación mediante el cual se adoptan las actitudes de acompañamiento y de soporte, “integradas en un proceso de relación curadora” (Boixareu 2008: 115). Desde las instituciones residenciales de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados se llevan a cabo acciones de cuidado/cura, acciones terapéuticas, tanto desde el punto de vista más tecnocrático o biomédico (farmacológico) como también en su dimensión más afectivo humanitario-religiosa –el cuidado afecta tanto al cuerpo como al alma–, frente a las instituciones residenciales de carácter laico donde el cuidado que se lleva a cabo carece de esta dimensionalidad religiosa, aun cuando no por ello deje de ser también en cierto sentido afectivo-humanitario. La curación, como acción que sobrepasa el campo físico-material (fisiológico o somático), nos transporta al ámbito espiritual, pues evidencia compasión y humanidad, valores cristianos que conducen, según se cree desde la dirección de dicha congregación, a un estado de “salud/salvación”, el cual consiste en la vida en armonía con la realidad suprema: la divinidad sagrada religioso-católica cristiana, al margen de las contingencias históricas y los cambios incesantes que, como dice el antropólogo Lluís Duch, “acompañan a la vida en este mundo” (Duch 2002: 224-225). Y las labores de cuidado se llevan a cabo más intensamente con los ancianos “asistidos”, frente al resto del colectivo de personas mayores “válidas” que se muestran más independientes o autónomas, aun cuando padezcan algunas de ellas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión,

artrosis...). Sin embargo, la persona enferma, con frecuencia altamente dependiente, es en particular, como ya comenté en este artículo, la persona "asistida", afectada, física y/o mentalmente (demenciada), que es la que padece un mayor estigma. La dependencia, tanto alta, como severa o moderada, que son los tres tipos de dependencia que se reconocen en España de acuerdo con la Ley de Dependencia¹⁵, afectaría sobre todo a las personas mayores "asistidas". Es el caso de una anciana de 76 años que un día dijo que "sin mi carrito no soy nada, no me podría mover. Estoy aburrida y cansada, me duele todo, tengo los dolores de la ciática y la artrosis, son muy fuertes y me hacen dependiente" (entrevista a mujer de 76 años, 2009). Contrariamente a esta situación encontraríamos la de aquellos mayores independientes o "válidos", capaces de conducirse con relativa autonomía en su vida, es decir, con independencia en sus actividades básicas cotidianas, aun cuando padezcan de ciertas enfermedades o dolencias que también limitan y, por tanto, estigmatizan. Son personas con conciencia de estar, aun con sus achaques, aflicciones o dolencias..., más "sanas". Esto no significa, lo cual es pertinente resaltar, que no se quejen de sus dolores que, como decimos, también los padecen. Los achaques –así como el estigma asociado al hecho de ser considerados viejos– son comunes a "válidos" y "asistidos". Es lo que denomina Gerardo Hernández Rodríguez *achacosismo*, en relación con la vejez (Hernández Rodríguez 2007: 221). Si bien es verdad que en las personas ancianas "válidas" es menos característico este fenómeno en lo que se refiere a su nivel o intensidad. No cabe, en ningún caso, asociar la categoría de "valido" con un estado de salud perfecto, así como tampoco es acertado vincular la categoría de "asistido" con un estado de salud deplorable, o lo que es igual, no se puede identificar "válido" con salud y "asistido" con enfermedad, orden/equilibrio frente a desorden/desequilibrio, respectivamente. Esta idea de la salud como sinónimo de orden y la enfermedad como símbolo de desorden ha sido criticada desde el campo de la antropología médica, desde el cual se sugiere, como dice Giovanni Pizza, observar:

cuánto de *sano* se encuentra en la *enfermedad* y cuánto de *enfermizo* en la *salud*. No se da entonces por descontado que la salud sea el *orden* y la enfermedad el *desorden*, es decir, que la relación salud/enfermedad equivalga a la de cosmos/caos: aunque en el plano ideológico de diferentes configuraciones culturales tal oposición tienda a cristalizarse de esa forma, en la práctica la salud puede contener caos y la enfermedad puede generar un nuevo cosmos (Pizza 2007: 286-287).

Como me ha comentado en más de una ocasión un hombre de 74 años que forma parte del grupo de "válidos": "Me sigue doliendo el lado, ahora más, me he levantado con dolor de riñones y no puedo ni

andar"; "desde que llevo aquí tomo medicación para el hígado, el estómago, como bebía..."; "los bronquios los tengo muy mal también, como fumaba"; "a veces es mejor morir que sufrir" (entrevista a hombre de 74 años, 2009). Salud y enfermedad son mundos inseparables. Sin embargo, son las personas mayores "asistidas" las más afectadas –estigmatizadas– y por tanto con una vida "menos saludable". Son generalmente personas ancianas muy frágiles o también de alto riesgo por su elevado nivel de dependencia (no en todas es el mismo), la mayoría de ellas en estado senil, lo que conlleva que carezcan incluso del sentimiento de "estar enfermo". Los cuidados son demandados especialmente por las personas asistidas demenciadas, que son sobre todo mujeres, pues el terapeuta ocupacional de una de las residencias me comentó en diversas ocasiones que las mujeres "se demencian más que los hombres, la demencia senil está más relacionada con las mujeres porque viven más y el proceso degenerativo es mayor". Ante las demencias, dice aquel, "hay cierto miedo, el miedo a perder la cabeza, a no ser capaces de saber lo que está pasando a su alrededor. Con las demenciadas asistidas o de enfermería trabajo todos los días" (entrevista a terapeuta ocupacional, 2010)¹⁶.

El cuidado de los mayores, sobre todo de los enfermos "asistidos", la mayoría de ellos seniles, se aborda, en el caso de las residencias que forman parte de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, desde dos frentes: el biomédico o médico sanitario (farmacológico)¹⁷ y el religioso-humanitario. Como ejemplo de este último, podemos mencionar los actos rituales religiosos o litúrgicos celebrados en las iglesias de las instituciones residenciales que he visitado, donde el párroco o sacerdote –cuya vestimenta, así como la de las monjas, es símbolo o marca distintiva de su condición ritual, de su estado ritual de pureza– no sólo insta cristianamente a las personas mayores y a todos los asistentes (también acude gente anónima de la calle) a que amen al prójimo, a que padezcan y sufran con él, sino que también los invita a que sean solidarios, compasivos y a que se ayuden y cuiden mutuamente. El protocolo ritual, como dice el catedrático de antropología social Carmelo Lisón Tolosana, es una categoría antropológica que "re-define al yo en sus experiencias elementales y episodios-límite traduciéndolos a registro simbólico-religioso" (Lisón Tolosana 1997: 44). Frente a la injusticia, el sufrimiento inacabable, la brutalidad del mal y el enigma de la muerte, propios todos de la humana condición, "responde el ritual anunciando la epifanía de otra presencia, misteriosa desde luego, pero trascendente y salvadora" (Lisón Tolosana 1997: 44). Concretamente, el profesor Carmelo Lisón nos dice que el ritual es acción total, en la que intervienen palabras, gestos, e instrumentos materiales y movimientos corporales que tienen por fin "la afirmación

humana positiva, voluntariosa e intencional, enérgica frente al yo plural, al grupo solidario e insolidario, a lo misterioso de la vida, de la enfermedad, del mal y de la muerte" (Lisón Tolosana 1997: 44-45). Con él se pretende el retorno a la normalidad, "a la salud, vibrar en el placer, vivir según lo que debe ser y suceder, en moralidad colectiva". No hay otro medio de enfrentarse, o al menos aproximarse, al misterio que trasciende lo humano: "o doblegarse sumiso ante la tragedia de nuestros problemas insolubles o responder a la provocación de ese terrible misterio, a lo supraempírico, a lo absoluto con un recurso supremo, trascendente, con el ritual" (Lisón Tolosana 1997: 44-45). En todo escenario ritual se contemplan símbolos rituales. Durante las liturgias, los párrocos de las diferentes instituciones que he visitado hacían mucho hincapié en el pan y el vino como metáfora y símbolo religioso de cuerpo y la sangre de Cristo, de quien se predica la importancia que concedió al amor y la compasión. Todos estos elementos, y muchos otros más, configuran el ritual religioso. El sacerdote instaba a sus feligreses, en este caso a la comunidad de ancianos, a que hicieran suyo el valor del amor en un sentido amplio, es decir, como atención, solicitud, diligencia, esmero, cuidado como asistencia. De esta acepción del cuidado como asistencia y ayuda al otro, solicitud y atención también se deriva, como dice Irene Comins, la palabra "cura": "Al párroco se aplicó esta denominación por tener a su cargo la cura de las almas o cuidado espiritual de sus feligreses" (Comins Mingol 2009: 270). El ritual religioso "puede –como finaliza diciendo el profesor Carmelo Lisón– curar y solidarizar, incluir y excluir; es obra del espíritu y a él se dirige" (Lisón Tolosana 1997: 53). El ritual religioso sirve también para expresar una relación entre el mundo de la experiencia física y el otro mundo de la imaginación metafísica. "Este mundo" y "el otro mundo" se conciben aquí como espacios topográficos distintos, separados por una zona liminal que participa de las cualidades de ambos. La zona liminal, como dice Edmund Leach (1978) "es el centro de la actividad ritual (por ejemplo, iglesias, cementerios, altares)". La misa diaria que se celebra en la iglesia de las diferentes instituciones de la congregación que he visitado responde a una actividad ritual ceremonial cotidiana que sigue una pauta ordenada que se ha establecido por tradición:

ésta es nuestra costumbre. Normalmente, hay un director, un maestro de ceremonias, un sacerdote principal, un protagonista central cuyas acciones proporcionan los marcadores temporales para todos los demás. Pero no hay un auditorio separado de oyentes. Los que actúan y los que escuchan son las mismas personas. Participamos en rituales para transmitirnos a nosotros mismos mensajes colectivos (Leach 1978: 62, 112)¹⁸.

Uno de mis informantes, una mujer de 78 años, me dijo que otra de las actividades rituales de carácter

religioso es el "sacramento con los enfermos" (entrevista a mujer de 78 años, 2009). Como dice la antropóloga Manuela Cantón Delgado "si un determinado ritual es realizado con el propósito de sanar a un enfermo, debe existir una creencia previa que postule el control sobrenatural de la enfermedad y la curación, así como la posibilidad de que la actividad ritual humana ejerza una influencia y propicie esa acción sobrenatural" (Cantón 2001: 18).

Agradecimientos

Los agradecimientos van dirigidos especialmente hacia todos los miembros de las instituciones residenciales de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (España), aunque por extensión también los dirijo, aunque no haya convivido con ellos, a todos los miembros de esta congregación a nivel internacional. Por supuesto, tampoco puedo olvidar a todas aquellas personas que me han ayudado en mi trabajo y que realizan el suyo en instituciones para mayores de carácter público y laico de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

REFERENCIAS CITADAS

- Ackerknecht, E. H.
1985 *Medicina y antropología social*. Akal, Madrid.
- Allué Martínez, M.
2001 Temporalmente válidos. Una etnografía sobre el terreno de la discapacidad. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Rovira i Virgili, Tarragona.
- Bauman, Z.
2000 *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa, Barcelona.
2001 *La sociedad individualizada*. Cátedra, Madrid.
- Boixareu, R. M.
2008 *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Herder, Barcelona.
- Cantón Delgado, M.
2001 *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*. Ariel Antropología, Barcelona.
- Clark, D.
1999 Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine* 49: 727-736.
- Comelles, J. M. y Á. Martínez Hernáez
1993 *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema, Madrid.
- Comins Mingol, I.
2009 *Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz*. Icaria, Barcelona.

- Cuesta Ruiz Clavijo, A. B.
2007 Prevención de la dependencia desde una perspectiva social. En *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, editado por J. Giró Miranda, pp. 137-155. Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, Logroño.
- De Beauvoir, S.
1983 [1970] *La vejez*. Edhasa, Barcelona.
- De Haro Honrubia, A.
2011 *Etnografía de la vejez. Un estudio de geroantropología*. Editorial Académica Española, Alemania.
- Del Vecchio Good, M. J., P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (editores)
1994 *Pain as human experience: An anthropological perspective*. UCP, Los Ángeles.
- Douglas, M.
2007 [1966] *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Duch, L.
2002 *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*. Trotta, Madrid.
- Feixa, C.
1996 Antropología de las edades. En *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, coordinado por J. Prat y Á. Martínez, pp. 319-335. Ariel, Barcelona.
- Fericgla, J. M.
2002 *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Herder, Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R.
1992 *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. SG, Fundación Caja de Madrid, Barcelona.
- Freixas Farré, A.
2009 Vejez y género. En *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología*, coordinado por P. J. Castañeda García, pp. 139-146. Pirámide, Madrid.
- Gilligan, C.
1985 *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México, FCE.
- Goffman, E.
1963 *Estigma*. Amorrortu, Buenos Aires.
1988 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Gómez, P.
1995 Culminación del curso vital. Para una antropogerontología. *Gazeta de antropología* 11, artículo 07 http://www.ugr.es/~pwlac/G11_07Pedro_Gomez_Garcia.html (octubre 2011).
- Good, B.
1994 The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. En *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. pp. 116-134. Cambridge University Press, Cambridge.
- Harmann, Robert C.
2005 Applied Anthropology and the aged. En *Applied Anthropology. Domains of Application*, coordinado por S. Kedia y J. van Willigen, pp. 307-340. Praeger, Westport.
- Hernández Rodríguez, G.
2007 Cobertura de necesidades de la ancianidad desde la familia y los servicios sociales. En *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, coordinada por J. Giró Miranda, pp. 217-235. Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, Logroño.
- Iruzubieta, F. J.
2007 Epidemiología y valoración funcional del anciano dependiente. En *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, editado por J. Giró Miranda, pp. 115-135. Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, Logroño.
- Leach, E.
1978 *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos. Una introducción al uso del análisis estructuralista en la antropología social*. Siglo XXI, Madrid.
- Le Bretón, D.
2002 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Lisón Tolosana, C.
1997. *Las máscaras de la identidad. Claves antropológicas*. Ariel Antropología, Barcelona.
- Malgesini, G. y C. Jiménez
2000 *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Los libros de la Catarata, Madrid.
- Menéndez, E.
1994 La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4 (7): 71-83.
- Pérez Hernández, D. de G.
2009 Implementación de servicios geriátricos. En *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología*, editado por P. J. García Castañeda, pp. 61-74. Pirámide, Madrid.
- Pizza, G.
2007 Antropología médica: una propuesta de investigación. En *Introducción a la antropología social y cultural, Teoría, método y práctica*, editado por C. Lisón Tolosana, pp. 267-292. Akal, Madrid.

Saillant, F.

2008 Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*, editado por J. M. Comelles, M. A. Martorell y M. Bernal, pp. 189-218. Icaria, Barcelona.

San Román, T.

1990 *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Fundación Caja de Pensiones, Barcelona.

Scarry, E.

1985 *The Body in Pain: the making and unmaking of the world*. Oxford University Press, Nueva York.

Tarrés Chamorro, S.

2002 Vejez y sociedad multicultural, *Gazeta de antropología* 18, artículo 05: http://www.ugr.es/~pwlac/G18_05Sol_Tarres_Chamorro.html (octubre de 2010).

Turner, V.

1990 [1967] *La selva de los símbolos*. Siglo XXI, Madrid.

Van Gennep, A.

2008 *Los ritos de paso*. Ariel, Barcelona.

Vilar y Planas de Farnés, J.

1998 *Antropología del dolor. Sombras que son luz*. Ediciones de la Universidad de Navarra, Navarra.

NOTAS

1.- El trabajo de campo realizado en residencias para mayores ha durado cuatro años. Se salvaguarda aquí la identidad de todos los actores sociales implicados por una cuestión de ética personal y profesional. Se ha actuado desde el respeto a todos ellos.

2.- Así lo pude comprobar en mi visita a residencias para mayores tanto públicas como privadas en Turku (Finlandia), aprovechando una estancia docente en este país.

3.- Palabras como “viejo/a” o “anciano/a” están desapareciendo casi de nuestro lenguaje cotidiano, y son sustituidas, sobre todo en los medios de comunicación de masas y en el lenguaje políticamente correcto, por expresiones como “tercera edad” o “nuestros mayores”. En Hispanoamérica se utiliza el eufemismo de “adultos mayores”. Esto, en el ámbito simbólico, es muy significativo, sobre todo por lo que supone de ocultación de la realidad, de marginación o estigmatización, es decir, como forma de exclusión social asociada –dice Sol Tarrés Chamorro citando a Carles Feixa (1996: 327)– al concepto de “retiro” (Tarrés Chamorro 2002).

4.- En el caso de las residencias para mayores de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, lo que se intenta es que la persona mayor tenga cubiertas sus necesidades tanto físicas como espirituales.

5.- Las residencias privadas en España pueden ser con ánimo de lucro o sin él. La mayor parte de las primeras se engloban dentro de la Federación Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (FNRPE), mientras el pequeño grupo formado por las segundas pertenece a las Organizaciones No Gubernamentales y a diferentes órdenes religiosas, como es el caso de las aquí mentadas, que consiguen su financiación mediante legados y donativos, aunque también, como es el

caso de las residencias de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, los ancianos pueden contribuir con su sueldo o pensión para su cuidado y manutención, pero sin ningún ánimo de lucro por parte de las hermanas o monjas.

6.- Los ancianos de las instituciones residenciales por mí visitadas hablan en términos de dolores de espalda, de coxis, de piernas, de rodillas, de riñones, dolor de ciática, artrosis: “Me duele de los pies a la cabeza” o también “me duele hasta el alma”, me decía una anciana.

7.- Uno de los principales estudios en torno a la discapacidad desde el campo de la antropología social es el que ha llevado a cabo con su Tesis Doctoral Marta Allué Martínez (2001). Como tantos otros estudios, la autora evidencia las trabas con que se encuentran las personas discapacitadas en nuestra sociedad.

8.- El periodo de senilidad en la vida de cada individuo es muy variable y “no tiene un inicio ritualizado ni marcado por la cultura y tampoco está relacionado de forma directa con la edad cronobiológica de las personas. Hay individuos que no pasan nunca por un periodo senil y mantienen un nivel de facultades físicas y mentales que les permite estar socialmente integrados hasta la muerte (por ejemplo, en el caso de muerte por infarto u otras enfermedades fulminantes). Contrariamente, hay personas que viven un largo periodo de senilidad, que se transforma en un proceso de desintegración de sus capacidades físicas y mentales y, en consecuencia, de su integración social” (Fericgla 2002: 96).

9.- Algunas personas mayores del grupo de “válidos” emiten ciertos comentarios como: “las que peor están, están en enfermería”, “las que están en enfermería están bien donde están”, etcétera.

10.- La enfermería a la que tanto alude esta madre superiora es un espacio social que, de alguna forma, marca ritualmente el tránsito entre un estado y otro: de “válido” a “asistido”. En enfermería se encuentran de forma permanente los ancianos “asistidos” pero también los ancianos “válidos” pueden ser allí tratados puntualmente de sus dolencias, es decir, ser asistidos puntualmente, aun cuando no permanezcan constantemente en ella. La enfermería es el “hogar” de los ancianos “asistidos” principalmente. Podríamos referirnos a la noción de ritual o rito de paso, según la define Arnol Van Gennep, para quien el estudio de los ritos de paso supone explorar “todas las secuencias ceremoniales que acompañan el paso de una situación a otra y de un mundo (cósmico y social) a otro” (Van Gennep 2008: 25). Víctor Turner en *La selva de los símbolos* también se ocupa de los “ritos de pasage”, y dice que dichos ritos “indican y establecen transiciones entre estados distintos” (Turner 1990: 103). Atendamos a la siguiente respuesta de una madre superiora, a una de mis preguntas acerca de la enfermería: “Las enfermería están todas con personas que son asistidas y están ahí, o sea, la persona que entra, entra válida y luego cuando se pone mal es cuando pasa a la parte de enfermería” (entrevista a madre superiora, 2011) Reflexiones que podemos traducir en términos de *rito de paso*: el paso de un estado social a otro: “El cruce de fronteras y umbrales –argumenta Edmund Leach– siempre se rodea de ritual; también, por lo tanto, el cambio de un estatus social a otro”. Este cambio se produce en una “serie de saltos discontinuos: de niño a adulto, de soltero a casado, de la vida a la muerte, de enfermo a sano –o viceversa–. La ocupación de cada estatus constituye un periodo de tiempo social [...] pero el ritual que marca la transición –rito de la pubertad, boda, funeral, ritual de curación– es un intervalo de intemporalidad social”. Los *ritos de paso* “marcan el cruce de límites entre una categoría social y otra”. Para E.

Leach, la mayor parte de las ceremonias rituales se ocupan de movimientos “a través de los límites sociales, de un estatus social a otro, de hombre vivo a antepasado muerto, de soltera a esposa, de enfermo y contaminado a sano y limpio, etc.” (Leach 1978: 47 y 107). Estas dos últimas situaciones, con las debidas precauciones, las podemos traducir en términos de “asistidos” versus “válidos”.

11.- Estos autores consideran que las teorías del estigma explican o justifican la exclusión de las personas estigmatizadas de la interacción social normal.

12.- El antropólogo Carles Feixa, en su trabajo *Antropología de las edades*, nos habla de una históricamente cambiante situación, cuando dice que el “tema central de las primeras aportaciones a la geroantropología sería, precisamente, el contraste entre el estatus prestigioso de los ancianos en sociedades primitivas frente a los estatus carentes de roles que reciben en la sociedad moderna” (Feixa 1996: 319-320). Teresa San Román, catedrática de antropología social, utiliza la expresión “rol sin roles”, para referirse a la actual situación de los ancianos como grupo de edad, que considera como un efecto de la sociedad industrial. Para ella es innegable la pérdida de estatus de los ancianos conforme el proceso de industrialización avanza (San Román 1990: 44-45).

13.- Robert C. Harmann pone de relieve las virtudes de utilizar la antropología aplicada en el estudio de la vejez o ancianidad (Harmann 2005).

14.- Para una completa exposición del *caring*, véase el trabajo de Francine Saillant (2008: 189-218).

15.- La “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia” fue aprobada en España el año 2007. Define a la dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria” (Iruzubieta 2007: 118-119). Las actividades básicas de la vida diaria (AVD) son aquellas tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (García Herrero 2007: 90). La dependencia en la vejez también ha sido estudiada por A. B. Cuesta Ruiz Clavijo (2007).

16.- Algunas de las expresiones que las personas mayores utilizan para ejemplificar qué entienden ellas por perder la cabeza son las siguientes: “tontuza de la cabeza”, “estar de la cabeza atontada”, “estar mal de la cabeza”, “estar medio tarumbos”, “chalaos”, etcétera.

17.- En el caso de las residencias públicas laicas que he visitado, solamente podemos hablar de una intervención biomédico-sanitaria o farmacológica a la hora de abordar las dolencias y enfermedades.

