

111

Sistema de información sobre salud de carácter sociocultural



Las concepciones de salud
de los

mayores

informe 2006

Dirección y realización
INTERGALLUP S.A.
Anselmo Peinado
Miguel Alcázar
Con el asesoramiento de **Francisco Pereña**.

Diseño y supervisión de la Investigación
Servicio de Promoción de la Salud
del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Jose Antonio Pinto Montanillo
Programa de Promoción de la Salud de los Mayores.

Luis Seoane Pascual
*Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales
asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.*

Fecha del Informe Final
Diciembre de 2006

EDITA:
Dirección General de Salud Pública y Alimentación
Consejería de Sanidad y Consumo
Comunidad de Madrid
<http://www.publicaciones-isp.org>



Documentos Técnicos de Salud Pública

Las concepciones de salud de los
Mayores
informe 2006

Tirada: 1.000 ejemplares

Edición: Julio 2007

Depósito legal: M - 27.263 - 2007

Imprime: **B.O.C.M.**

PRESENTACIÓN

Actualmente cualquier actuación en el ámbito de la Promoción de la Salud debe estar apoyada en las recomendaciones procedentes de estudios rigurosos que evidencien la existencia de un problema de salud, la presencia de un riesgo para la misma o demuestren la eficacia de una intervención concreta. De igual forma, comienza a estar comúnmente aceptada la necesidad de basar las decisiones de intervención en el conocimiento de las percepciones, necesidades y demandas de salud que presentan los colectivos con los que queremos trabajar. Por ello, desde el Instituto de Salud Pública, en el marco del Sistema de Información de Salud de Carácter Sociocultural, se realizan periódicamente estudios que exploran estos aspectos tan fundamentales para asegurar la eficacia de las intervenciones de Promoción de la Salud.

El envejecimiento de la población y los problemas de salud asociados a este fenómeno están siendo estudiados desde hace tiempo en nuestra comunidad utilizando algunas de las herramientas clásicas de la Salud Pública: la demografía y la epidemiología. La primera pone de manifiesto que la población de la Comunidad de Madrid tiene una alta esperanza de vida, que la natalidad ha disminuido con respecto a décadas anteriores y que, por tanto, la población está experimentando un sensible proceso de envejecimiento. La segunda pone énfasis en el aumento de la incidencia de aquellas enfermedades crónicas más frecuentes en la senectud y la repercusión que esto tiene en la asistencia sanitaria.

Para completar la visión, se hace necesario conocer también de qué modo perciben los mayores su situación de salud en relación a su envejecimiento, cuáles son sus necesidades al respecto y que relación mantienen con los recursos sociosanitarios. Por esta razón, en el marco del Sistema de Información sobre Salud de Carácter Sociocultural, y a instancias del Programa de Salud de los Mayores, se diseñó el presente estudio, concebido como actualización de otro anterior realizado en 1994.

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Salud Pública, Alimentación y Consumo

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	9
	1.1. La vejez como síntoma social	10
	1.2. Producción, familia y vejez	15
	1.3. La vejez y los sexos	17
2	LA VEJEZ	21
3	JUBILACIÓN Y VEJEZ	27
	3.1. La entrada en jubilación	27
	3.2. La precariedad económica familiar	31
	3.3. El sinsentido	33
	3.3.1.- La óptica masculina	34
	3.3.2.- La óptica femenina	36
	3.4. Reorganización del vínculo social	37
4	LA ENFERMEDAD: LA VEJEZ	45
	4.1. La oralidad: alimentos, tabaco y alcohol	48
	4.2. La sexualidad anciana	51
	4.3. El ejercicio	53

4.4. La visita al médico	54
4.5. La enfermedad invalidante	58
5 EL TEMOR AL ABANDONO	61
5.1. La familia	61
5.2. Las residencias	72
5.3. Residencias y otras opciones	73
5.4. Las residencias desde dentro	76
6 SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	81
6.1. En síntesis	81
6.2. Conclusiones	83
7 ANEXO: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS MAYORES MADRILEÑOS. PROPUESTA TÉCNICA	89
7.1. Preliminar	89
7.2. Objetivos de la investigación	91
7.3. Metodología y técnicas de investigación	94
8 BIBLIOGRAFÍA CITADA	97

Introducción

"Antaño, lo peor que podía sucederle a un individuo no era la muerte; este accidente, con ser grave, no se consideraba lo más funesto que podía caberle a uno en suerte. Vivir sin dignidad, ser deshonrado, o gozar de poca estima entre la comunidad eran males mucho más temibles que el fallecimiento [...]. Para nosotros no hay ya nada peor que la muerte y es ella lo más temido, porque la sociedad sólo conoce criterios de eficacia, es decir, criterios, en último término, económicos. Vivir es ahora un asunto sin relación alguna con la moral [...]." (Félix de Azúa. Venecia de Casanova. Ed. Planeta, 1990).

Estas páginas tratan de las representaciones sociales de la salud que podemos encontrar en el discurso de la población madrileña mayor de 65 años. El estudio no es, sin embargo, un ejercicio de análisis centrado exclusivamente en las dolencias propias de esta edad, el cuidado del cuerpo, etc. Todo eso se encuentra necesariamente incluido en el análisis, puesto que forma parte del discurso sobre el que aquel trabaja, pero lo toma como subconjunto de un conjunto más amplio, que sería precisamente el de la vejez en nuestra sociedad.

Ahora bien, ¿qué es la vejez? Es la pregunta con la que suelen comenzar, retóricamente, los textos destinados al estudio de la misma. No por retórica deja de ser pertinente, pues lo cierto es que se trata de uno de esos conceptos de uso común, pero extremadamente lábiles por su capacidad performativa. ¿Tendríamos que ha-

blar, en efecto, de un hecho básicamente biológico, o más bien de una categoría consagrada socialmente y, por tanto, variable según la cultura y los momentos históricos? Resulta tentador responder que, en realidad, se trata de ambas cosas: de una categoría social variable, que se aplica sobre una realidad fisiológica innegable, el deterioro del cuerpo, recortando su significado. Pero, incluso si optáramos por esta respuesta, quedaría todavía por fijar cuándo comienza esta edad, en términos fisiológicos. ¿Es viejo un hombre o una mujer a los 50 años? ¿Lo son a los 70? Es evidente que la respuesta depende también de la historia: aunque la longevidad teórica humana no haya variado desde el principio de los tiempos, como afirma la gerontología, que la sitúa en torno a los 110 o 120 años, la esperanza de vida se ha elevado considerablemente en el último siglo. Por

otra parte, en nuestras modernas sociedades, el principio de ese deterioro corporal irreversible que anuncia un final cierto se produce mucho después de que la mirada social segregue ya a una parte de la población como "ancianos". El anciano de hoy es, sin duda, una invención moderna, que no se corresponde exactamente con ninguna situación histórica anterior. Como señala Edgar Morin, "nos encontramos en una fase de relegación dulce; la categoría denominada 'tercera edad' encubre un aislamiento de los viejos, endulzado con algunos engaños y con la seguridad de no morir de hambre"¹. Una situación que nos empeñamos en juzgar mejor que la muerte, pero a la que difícilmente podríamos calificar de digna, a poco que pensásemos en los significados de las palabras.

No es, ciertamente, la nuestra la primera época de la humanidad en que los ancianos están devaluados en la consideración social, pues la labilidad del concepto no excluye su eficacia. Pero seguramente es la primera en que esto se produce de una manera tan contradictoria, pues tal devaluación es correlativa de la "generación" incesante de esta categoría social, por mediación de la tecnología médica y de las atenciones que proporcionan a los ancianos los estados de las sociedades occidentales.

1.1. La vejez como síntoma social

El trato que ha recibido la vejez en las distintas épocas históricas ha sido realmente muy variable, lo que implica que la vejez misma como realidad social es extraordinariamente mudable. Encontramos sociedades donde los ancianos son asesinados; otras donde son respetados o venerados. Incluso dentro de una misma sociedad histórica podemos hallar períodos muy diver-

sos, en los cuales los ancianos han recibido muy diferente consideración. Así, mientras la Grecia clásica se organizaba según los ideales de la juventud (la belleza y la fuerza), y relegaba a sus ancianos a lugares claramente subalternos, en la época helénica éstos ocupaban un lugar preferente.

Si hay algo que la historia o la antropología han podido enseñarnos acerca de la vejez, es que el modo en que se da en cada sociedad y época histórica adquiere carácter de síntoma: nos habla del decurso de aquellas, de sus vicisitudes y tensiones internas, de su ideología, de sus limitaciones... Actualmente en Occidente se viven tiempos curiosamente contradictorios: vivimos, de nuevo, según los patrones de la juventud, en gran parte por el lugar central que tiene en estas sociedades el objeto de consumo, que precisa de un cuerpo y de un modo de vida para los que no cuente la renuncia a la satisfacción; a la vez, se nos vende la idea de que ese período denominado eufemísticamente "tercera edad" puede serlo de plenitud, para cuya representación se proponen de nuevo los oropeles juveniles, y el marketing y los biempensantes de todos los colores se esfuerzan por reconducir a los viejos al mundo económico en su vertiente del consumo. Se multiplican los expertos de las distintas disciplinas que empiezan a considerar la vejez como un interesante objeto de estudio, y los políticos ejercitan su musculatura dialéctica, en un juego que oscila entre la natural tendencia retórica a prometer el oro y el moro, y la realidad del cálculo más avaro. Y, mientras todo esto ocurre, lo cierto es que nuestra sociedad no ha sabido definir un lugar para los ancianos caracterizado, siquiera, por la dignidad.

Es cierto, como decimos, que en otras épocas y en otras sociedades, los ancianos no lo han tenido mejor; al menos ahora, como dice Morin, no mueren de

¹ Citado en Georges Minois: *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Ed. Nerea, Madrid 1989.

hambre (tampoco los asesinamos). Pero la forma sintomática que la vejez ha adoptado en nuestras sociedades es estrictamente moderna. El papel del anciano ha podido decaer con el paso de las sociedades orales a aquellas otras de registro histórico impreso, como nos dice la antropología. Pero no es menos cierto que en nuestras sociedades se trata más bien de que el anciano no puede cumplir el papel de memoria viviente de una sociedad y de transmisor de experiencia (con lo que ello implicaba de papel socialmente relevante), porque la experiencia, entendida en su sentido fuerte, ha perdido todo su valor. Con la emergencia de las sociedades industriales y su forma paroxística (la sociedad de consumo), en las que la transmisión se ha visto sustituida por la información, y la sabiduría por la utilidad, la experiencia viva ha quedado reemplazada por el mero registro. Unas sociedades en las que los cambios en la producción y en la gestión de las empresas requieren trabajadores más jóvenes y, por eso, más maleables; en las que la obsolescencia de los objetos y los saberes que llevan asociados se mide, como mucho, por lustros, y lo que se aprendió ayer ya no sirve para mañana, apenas pueden entender la experiencia como asunto vital. ¿Puede, en esas condiciones, tener el anciano nada que aportar a la sociedad en la que vive? ¿Cómo puede el anciano tener un lugar en el sistema productivo o en la sociedad, cuando el uno impone una percepción de la utilidad de sus trabajadores similar a la de los atletas de elite, viejos ya a los 30 años, y la otra vive en el día a día más indigente?

Diga lo que diga el marketing actual (de consumo o político), nadie quiere ser viejo, porque en ese periodo de la vida no hay plenitud física, pero tampoco reconocimiento social. Como veremos, el anciano se siente hoy día objeto de relegación y desprecio sociales, por más que su vida se haya prolongado considerablemente.

En el contexto del discurso que analizamos, "vejez", "vieja" o "viejo" son términos cuyo uso en este documento requiere una matización inmediata. No son, generalmente, los términos que emplea este segmento de la población para nombrar el período de la vida en que se encuentran. Habrá quienes (pocos) lo reivindicuen en nuestros grupos, sin embargo, como reacción ante lo que consideran un síntoma del "apartamiento" social del anciano.

“Es lo que creo, que a lo mejor las engañan con eso de que no quieren ver la vejez, y se dejan engañar. No quieren decir ‘viejas’, dicen que ‘está muy mal’, dicen ‘mayores’, y digo: ‘¿Por qué decimos joven, y no podemos decir viejo?’”

Entrevista 9

Pero "anciano" tampoco es un término que resulte agradable a los oídos modernos.

El rechazo de términos como vejez o ancianidad nos llevaría directamente a abordar el corazón del problema. Vejez o ancianidad, son términos que se prefiere no utilizar generalmente en los grupos discusión que hemos realizado porque tienen, socialmente, un carácter peyorativo. De lo que se trata es de escapar de esa designación que supone casi un estigma. No nombrarse, entonces, con el nombre que da la sociedad a lo inservible es tarea común de cada grupo de discusión. Pero el rechazo de esos términos para nombrarse viene a poner de manifiesto lo que hay de aceptación común (social) de aquello que el término designa.

“‘Vieja’ es una palabra tonta, porque viejo es un trasto viejo, que se tira ya porque no vale para nada; y una persona no, porque la persona nunca es vieja, es mayor porque pasan los años...” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

Mayor suele ser el término preferido en

todos los casos; mayores o personas mayores, término comparativo que se ha sustantivado, designando de esta manera un tiempo indefinido cuyo límite inferior es incierto, y que se prolonga indefinidamente. Quienes prefieren designarse como *mayores* (término que no compromete a nada, pues no designa ningún lugar específico en una serie de cualquier clase, salvo por lo que su propia elección delata) aceptan, efectivamente, que la vejez es sinónimo de inutilidad; lo viejo es lo inútil, lo inservible, y se puede predicar tanto de los objetos cuanto de las personas, en circunstancias bien determinadas, cuando el cuerpo ya ha fallado, período que se aleja cada vez más en el tiempo, ampliando el horizonte temporal de la utilidad. Por eso nadie quiere denominarse viejo, porque todos comparten la acepción peyorativa del término.

El viejo se vuelve así, incluso para el que se denomina a sí mismo "mayor", un otro radicalmente extraño, de manera que acaba siendo un extranjero en su propia sociedad. Si es lo inservible y lo inútil, lo que no admite reparación para su nueva puesta en funcionamiento y circulación social, lo único que cabe hacer con el viejo es apartarlo (veremos después cómo). Por eso el viejo es un otro, incluso para el propio viejo, que prefiere denominarse *mayor*.

Sin embargo, salvo que tomásemos al pie de la letra esta definición de la vejez a partir de la constatación de la inutilidad, no encontraremos un hito biológico o social que señale el paso irrevocable a la vez que inequívoco de la madurez a la vejez. Es fácil mirar la vejez, y señalarla, cuando se hace desde el final del recorrido; pero es mucho más difícil hacerlo en su transcurso y, sobre todo, en su iniciación. Que se trata de un concepto que participa, a la vez, de dimensiones sociales y biológicas nos muestran de modo particularmente claro ahora que, en verdad hace ya tiempo, la vejez no coincide con la salida del ciclo productivo, en el caso de los trabajadores de

ambos sexos; ni con el relativo fin de las funciones de reproducción social que el ama de casa lleva a cabo en el interior doméstico. En eso nuestros grupos de discusión se muestran unánimes. Hay razones objetivas e históricas para ello, de las que aquí podríamos citar al menos dos:

- Por un lado, el hecho fundamental de que la aplicación a la medicina de las modernas tecnologías de la salud está prolongando la vida mucho más allá de lo que constituía el horizonte esperable hace apenas unas pocas décadas. Se prolonga la vida, y se combate la enfermedad; pero esta última se instala en esa vida ahora artificialmente larga. La longevidad no es sinónimo de juventud, ni siquiera de buena salud, sino más bien de nuevas enfermedades. Enfermedades de la edad, que son enfermedades de la prolongación artificial de la vida, y que antes apenas se conocían precisamente porque los individuos solían vivir menos, de media.
- Un segundo hecho, también fundamental, es que estamos hablando de una edad subvencionada, "pensionada", en la que individuos, todavía funcionalmente útiles para el trabajo, abandonan su actividad para convertirse en meros consumidores, o en eso que llaman clases pasivas.

La vejez ya no es lo que era. Antes, la vida funcionalmente útil y el período de actividad productiva o reproductiva casi coincidían. Ser inútiles para la actividad que desempeñasen y ser inútiles corporalmente, físicamente, constituían dos momentos próximos, casi coincidentes. Hoy ya no sucede eso. Como decimos, una persona que ha abandonado el sistema productivo o su actividad reproductiva (en el caso particular del ama de casa) puede continuar valiéndose por sí misma durante años, y disfrutando de una

pensión del Estado. Vive y consume, aunque ya no desempeñe ninguna de aquellas funciones por las que se había definido durante su etapa adulta anterior.

Se trata, entonces, de individuos útiles; pero esa utilidad se reduce a la autonomía física: es *útil* en el sentido de que puede seguir valiéndose por sí mismo. Será *inútil* cuando ya su ruina física lo haga dependiente de terceros... igual que el niño (y veremos que esta comparación está demasiado presente en el discurso como para ignorarla). Serán entonces viejos. Así es como lo considera el discurso de los ancianos que hemos analizado. Entre el final de la vida activa en una u otra ocupación, y el de la vida física autónoma, se extiende un periodo que se suele nombrar mediante el uso de términos que eluden cuidadosamente cualquier connotación negativa, pero también el rigor en el nombrar, de manera que remiten a una especie de taxonomía ordinal y aséptica, como es el caso de *Tercera Edad*. Ese período, pero también su culminación en la ruina corporal, constituye un verdadero síntoma social. La prolongación de la vida y el incremento importantísimo de las llamadas clases pasivas han hecho retroceder el concepto de vejez hasta que se ha convertido en un subconjunto del conjunto de la enfermedad, donde la inutilidad no toma ya el carácter del sistema productivo o reproductivo (como improductividad), sino del sistema corporal (como incapacidad física). Nadie es entonces viejo –según quiere el discurso de los propios viejos– sino hasta el final mismo: a partir de ese momento, sea por el deterioro físico o por el mental, el individuo vivirá preso de un cuerpo que ya no le permitirá ocupar ningún lugar en lo social (muerte social), y que le colocará a las puertas de la inminente muerte física.

Ese período que no se quiere llamar vejez es eminentemente sintomático, como decimos, y constituye una vía privilegiada para analizar la sociedad en que vivimos.

Tiene, efectivamente, valor sintomático de un tipo de sociedad. Nuestras modernas sociedades (capitalistas) han ido orillando poco a poco a los viejos. Estamos hablando de un sistema basado en la producción cuya razón (la razón económica) se ha erigido en razón social. El *Sistema*, como lógica objetiva, no deja lugar para lo que antes se consideraban "valores del espíritu" (y ahora, probablemente, ñoñerías ingenuas), de tal manera que valores centrales de una sociedad como puedan ser la solidaridad, el acogimiento o la hospitalidad, dejan de servir como vertebradores sociales, y quedan confinados en sus márgenes, confundidos casi siempre con los valores propiamente religiosos. Razón por la cual, dicho sea de paso, la verdadera hospitalidad la recibirá la persona anciana de manos de las monjas, de los frailes, en sus instituciones; en las instituciones laicas (públicas o privadas) el trato será mejor o peor, pero siempre tan insustituible como desprovisto del calor de la hospitalidad.

"Para ser una cosa económica no lo he encontrado mal, ahora, estaba dirigido por monjas, que eso hace mucho, estaban de maravilla." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas).

- De esta manera, el Sistema viene a ser la lógica objetiva que reúne otras tres lógicas:
- La propiamente económica.
- La social o ideológica o discursiva, que viene a ser efecto de la anterior, y de la que nos ocuparemos en este informe.
- La lógica subjetiva, de la que también habremos de hablar aquí.

Esta última es, propiamente hablando, la lógica del síntoma; existe porque sujeto e individuo no coinciden. El sujeto viene a ser precisamente un efecto de la radical inadecuación del lenguaje y el viviente. Hay síntoma porque ese viviente con lenguaje

no se agota en el preciso lugar de las identificaciones con las propuestas discursivas de una época. No quiere esto decir que la lógica discursiva carezca de eficacia, sino que ésta no puede nunca eliminar por completo los desajustes. Por el contrario, como veremos en este informe y hemos señalado en los párrafos anteriores, eficacia tiene desde el momento en que los ancianos no quieren reconocerse como tales. De manera que, en lugar de hacer la crítica de una ideología que estigmatiza a todo aquel que queda fuera de la lógica económica de la utilidad y la eficacia, se esfuerzan por excluirse de lo designado y referirlo a otro. Siempre otro (como corresponde a su valor de síntoma).

Ese período que no quiere denominarse vejez alcanza su valor de síntoma igualmente por el hecho de que nadie quiere hacerse preguntas acerca de la vejez. Ésta aterriza, pero no sólo lo hace por lo que puede tener de deterioro físico (que también y de manera muy central), sino también por lo que tiene de sinsentido. O, mejor, por lo que tiene de desvelamiento retrospectivo del sinsentido del sistema. Desvelamiento, naturalmente, que no aparece a los ojos de los ancianos como tal, pues para ello la vejez requeriría un sujeto que la pensase. Lo que encontramos es, o bien la angustia de un periodo sin sentido (angustia que, por razones que se irán poniendo de manifiesto, adquiere un cariz más intenso en el caso de los hombres) que reclama la reorganización del vínculo social y la consecución de un nuevo sentido; o bien la urgencia del movimiento y la actividad como sentido mismo de la vejez, que supone también una reorganización del vínculo social y, sobre todo, una huida que exige la ausencia de reflexión relativa a los contenidos mismos de la actividad, para negar la inutilidad. Se trata de hacer, y no importa tanto qué hacer, cuanto el hacer mismo, pues de esa manera los ancianos se sienten todavía vivos y tratan,

con la actividad, de no perder sus últimos lazos sociales.

El problema es que en ese tiempo que no se quiere denominar vejez, porque todavía no hay ruina corporal, está demasiado presente (demasiado presente en el discurso que analizamos) la idea de "matar el tiempo", bajo distintas formas ("entretenerse", etc.). Se trata de prolongar la vida para matar el tiempo, que viene a poner de manifiesto que hubo un "matar el tiempo" programado (durante la vida activa) y otro que ya no lo está, y que requiere nueva programación. Escuchando el discurso no es difícil entender esto que decimos. En efecto, si la reorganización de la vida individual y social introduce un elemento de perplejidad, una pregunta que no se sabe formular acerca del sentido que tiene para el individuo ese nuevo período, ello viene a significar que el tiempo anterior se ha agotado necesariamente en el terreno de la actividad socialmente útil de manera que, una vez fuera de ella, no se trata simplemente de vivir una nueva etapa, sino que ésta requiere también de un nuevo sentido. Pero ese sentido no está dado: hay que buscarlo. ¿Y cómo darse un nuevo sentido para lo que queda de vida, si el sentido de la vida parece agotarse en el ciclo de las tareas necesarias a la actividad productiva y reproductiva y de su necesario corolario: el consumo?

Si se la mirase a la cara, la vejez vendría a ser una pregunta por el sentido de nuestra sociedad; pero la persona anciana no quiere interrogarse tampoco por la vejez, porque hacerlo le aterriza, pues le devuelve el sinsentido de su pasado y su presente y, en esa medida, de su futuro.

Propiamente hablando, esa "relegación dulce", que encubriría un "aislamiento de los viejos", según Morin, se produce porque en nuestras sociedades ya no funciona la transmisión, en el orden de la vida. El viejo o la vieja no son ya agentes de la memoria de un pueblo, al contrario que en la

época clásica, ni representa su longevidad el triunfo del grupo, al contrario de lo que sucede en algunas sociedades tradicionales actuales, lo que exige que permanezca entre los suyos. Han quedado situados en las márgenes de la sociedad, una vez acabadas aquellas tareas por las que se incluían en ella como ciudadanos adultos. No son la memoria viviente de una sociedad, ni tienen nada que decir acerca de ella, aunque sean su pasado vivo. Sencillamente no hay transmisión, pues lo que ahora se transmite es tan sólo del orden de la información, y no de la vida. En ese sentido son iguales que el extranjero.

Pero en cierta manera son, también, como el niño, pues parecen condenados a repetir la experiencia de lo que Freud llamaba dependencia de la asistencia ajena (en el mejor de los casos), sobre la que planea siempre el temor al posible abandono, experiencia traumática fundamental de todo ser humano. Lo que quizá más claramente exprese el fracaso de todo un sistema social es el hecho de que la historia de todo individuo se desarrolle entre un principio y un fin que tienen en común el sello del abandono. ¿De qué ha servido la vida, entonces, si ese niño que asistido por otros se convierte en un adulto independiente, ha de terminar sus días no ya requiriendo la asistencia ajena, sino sobre todo temiendo no tenerla, temiendo el abandono?

1.2. Producción, familia y vejez

Tendemos generalmente a considerar la familia y lo que en su interior ocurre como asuntos privados, apenas delimitados por el marco legal de cada momento histórico. Sin embargo, los avatares de esta institución social, que son también los de la vejez, tienen su origen en transformaciones sociales de carácter muy general, de manera que su situación actual y el futuro

de la misma no dependen tan sólo (habría que decir, en verdad, que ni siquiera fundamentalmente) de la voluntad de sus miembros. No se trata, entonces, exclusivamente de asuntos morales, aunque intervenga en ellos necesariamente la moral.

Espontáneamente nos parece que la familia está tejida por una trama de afectos, sin vinculación alguna con lo económico, excepto por el hecho de que se trata de una unidad que genera gasto para su propio mantenimiento y el de sus miembros individualmente considerados. Sin embargo, la familia fue una unidad económica básica, y las transformaciones económicas han sido precisamente las que le han dado su forma actual. La familia tradicional, anterior al capitalismo industrial, era una unidad económica, la unidad básica de producción, en cuyo interior se llevaban a cabo actividades sociales, pero también económicas, indispensables para el sostén de sus componentes. El trabajo doméstico como tal formaba parte del trabajo productivo general. Sólo con el triunfo del capitalismo industrial el trabajo quedó escindido, dividido entre el trabajo doméstico y el industrial. En este último espacio se daban, a partir de entonces, las actividades productivas. En el espacio doméstico, las que podríamos denominar *reproductivas*: todo ese conjunto de actividades que sirven para reproducir las unidades sociales mínimas y los componentes de la fuerza de trabajo: la reproducción de la propia unidad familiar como tal, el cuidado de sus miembros, la educación de los niños, las diversas tareas domésticas..., pero también el fomento de las relaciones familiares, la absorción y el control de las tensiones que se pudieran generar en el seno de la familia, e inicialmente la socialización de los más pequeños. Esto vino a implicar, también, una escisión más completa de las actividades de los sexos, distribuyendo su presencia entre los ámbitos público (en el caso de los varones) y priva-

do (en el caso de las mujeres), aunque no sea cierto afirmar sin matices que sólo en los últimos años la mujer se ha incorporado al mundo del trabajo. No hay más que pensar en las obreras de la gran industria textil catalana del primer tercio del siglo XX, por poner un ejemplo cercano; hay que recordar que en las primeras y más sórdidas etapas del capitalismo industrial el trabajo de las clases populares estaba completamente generalizado, lo que significa que, en la industria, trabajaban tanto los hombres, como las mujeres y los niños. Las mujeres de las clases populares no podían permitirse ser exclusivamente amas de casa; su participación en el ciclo productivo industrial no constituía ninguna liberación para ella, ni una vía de desarrollo personal; simplemente, era necesario para mantener la familia (como el del hombre, y el de los niños), y aun esto precariamente. La mujer podía ser ama de casa exclusivamente en aquellos casos en que el salario de uno solo de sus miembros alcanzaba para el mantenimiento de toda la familia, lo que se convirtió en inequívoca señal de estatus de la familia. Inversamente, que la mujer tuviera que trabajar fuera de casa implicaba un desdoro cierto del marido, que no sabía ganarse la vida suficientemente bien, o simplemente en signo de pertenencia al proletariado.

Esa escisión entre dos conjuntos de actividades que antes formaban un complejo internamente menos diferenciado, ha podido hacernos ver las actividades domésticas como un conjunto de actividades privadas desvinculadas de la producción. Estas últimas, sin embargo, no sólo eran fundamentales para el mantenimiento del individuo y de la propia unidad familiar como conjunto, sino para el sostén del propio ciclo productivo. Producción económica y reproducción de las condiciones sociales que permitían la primera no son cosas separadas, sino que la una se sostiene en la otra, de manera que los cam-

bios que pueden producirse en una de las esferas afectan necesariamente a la otra. Hay que considerar, sin embargo, que son los cambios en las condiciones de producción los que producen efectos verdaderamente estructurales, cambios en el resto de los ámbitos de lo social.

La incorporación generalizada de la mujer al trabajo productivo (es decir, al remunerado) está produciendo nuevos cambios en la familia nuclear, en la que los lazos conocidos se están disolviendo a pasos agigantados. Ha supuesto que buena parte de las actividades que se daban dentro del hogar se hayan "externalizado", han pasado a producirse en la industria y a consumirse en el mercado, o se han convertido en servicios prestados por el Estado. Paralelamente, ha venido a generalizarse también el trabajo doméstico remunerado, prestado por mujeres de las clases populares, ahora inmigrantes. Probablemente sea algo más que una coincidencia que las mujeres consideren el trabajo fuera del hogar, y sobre todo el ejercicio de funciones de responsabilidad en el sistema productivo, como una conquista en el desarrollo personal, precisamente cuando aquél menos puede prescindir del trabajo femenino.

En la actualidad, dos de las actividades básicas que antes se daban en el interior de la familia, y que incumbían fundamentalmente a las mujeres, están dejando de ser funciones familiares en sentido estricto. Una de ellas es la educación de los hijos. La otra es el cuidado de los enfermos y los ancianos, que concierne directamente a nuestro estudio. Como veremos, lo que se está produciendo es una pérdida progresiva del lugar del anciano en la familia, por el hecho de la transformación de esta última: cada vez más reducida a la relación entre padres e hijos, mientras estos últimos son dependientes, comienza a disolverse una vez que los hijos abandonan el hogar. Esto es, evidentemente, un efec-

to del funcionamiento del Sistema, y no sólo un asunto moral. Aunque para tratarlo como asunto moral habría que reflexionar sobre ello y, como veremos a propósito de esa etapa de la vida de las personas que es la vejez, la reflexión es lo primero que desecha el Sistema en y por su propio funcionamiento.

1.3. La vejez y los sexos

El capitalismo no reconoce más que individuos: el productor y el consumidor individuales. Vale el que trabaja y el que consume, en el interior del ciclo productivo. No merecen la misma consideración aquellas actividades no remuneradas, con independencia de cuál pueda ser su importancia social (excepción hecha, naturalmente, de la percepción de rentas del capital). Esa lógica económica ha demostrado su eficacia al convertirse en lógica social, de manera que no gozan de la misma consideración que los activos quienes forman parte de las llamadas "clases pasivas" o las amas de casa. Y, en general, aquellos que no pueden construir su identidad social a partir de los valores de la eficacia y la productividad, de la misma manera que cualesquiera valores distintos de aquellos han sido relegados ya a las márgenes del sistema, como hemos dicho.

Lo que acabamos de explicar guarda relación con la vejez, y no sólo para entender la debilidad de los vínculos sociales de los viejos. Puede ponernos también en la pista de las diferentes maneras en que el envejecimiento se da en los hombres y las mujeres. Esa escisión de la actividad económica en productiva (industrial y de servicios) y doméstica, colocaba a la mujer en el núcleo de las actividades que hemos denominado reproductivas y, más específicamente, en el corazón de los lazos personales y afectivos. Las mujeres de la edad de aquellas que participaron en nuestro es-

tudio, amas de casa en su mayor parte, están experimentando ahora como desamor esa paulatina disolución de los vínculos familiares. Es lógico que lo vivan con una enorme ambivalencia. Dicho de otro modo: que la mayor o menor amargura de la vejez guarde relación con este ámbito íntimo de lo doméstico (en sentido amplio: el cuidado de la familia, el terreno de los afectos...) es una consecuencia natural, en el caso de las mujeres, de la progresiva disolución de lo que había constituido hasta entonces sus funciones. Para quienes fueron amas de casa, la vejez supone un proceso de pérdidas creciente, que se viven sobre todo en el ámbito de lo personal, de las relaciones familiares y afectivas. También es un proceso de transformación de las relaciones con su cónyuge, a partir de la jubilación de éste. A todo ello habrá que sumar el envejecimiento corporal, y la nueva situación personal y material sobrevenidas después de la viudez, más frecuente en las mujeres, y más terrible precisamente por no haber participado en los procesos productivos (no haber cotizado, en definitiva).

La jubilación supone un hito claro en la vida de los varones, por el hecho de haber sido arrancados del ciclo productivo y relegados a un lugar en el que ya no son nada; o dicho de otra manera: tan sólo individuos privados, anónimos, que han de reconstruir una identidad forjada fundamentalmente en el trabajo y lo público. Las mujeres trabajadoras habrán de darse también una nueva vida, ya no vertebrada por el trabajo. Pero, como tendremos ocasión de ver, se trata más de una ocupación (por importante que para ellas fuera) que un rasgo de identidad, lo que les permite una más fácil transición a esa situación nueva que, en cualquier caso, no las relega a la nada, pues para ellas sigue estando presente la familia, en tanto no se disuelva.

Por diferentes que sean, ambos modos de envejecimiento se dan en estrecha re-

lación, de manera que a cada uno de los miembros de la pareja le afectarán las vicisitudes del otro, pues no se trata de situaciones ni circunstancias elegidas, sino de un efecto del funcionamiento de las sociedades, del Sistema, y la injusticia de las situaciones que viven (si hemos de pensarlas en términos morales) atribuibles a ese funcionamiento y no a quienes pueden llegar a convertirse en sus involuntarios agentes. Es el caso de esos viejos malhumorados que rumian el sinsentido de su nueva existencia por los rincones del hogar, convirtiéndose en un estorbo para sus mujeres o en adicional objeto de cuidados... Hay que reconocer y apreciar la lucidez con que las mujeres, su discurso, juzgan esta situación, viendo en las conductas de estos hombres, incluso cuando más se quejan de ellas, un efecto de un apartamiento social injustificado.

No deja de tener interés el modo en que la moral (o la ética, si así lo preferimos) aparece en el discurso que analizamos. Lo hace de forma desigual, más para absolver que para condenar, cuando se trata de las personas... pues juzgar un comportamiento social puramente abstracto es tan difícil como dirigirle reproches a la Naturaleza. En cualquier caso, como en todos aquellos asuntos humanos que verdaderamente nos conciernen subjetivamente, lo que se muestra casi siempre es la ambivalencia, más o menos fuerte, pero ambivalencia que oscila entre la acusación moral de egoísmo y la explicación, cuando no justificación en razón de las circunstancias sociales de la vida actual. ¿Egoísmo de quién? La ambivalencia aparecerá, como veremos, en distintos lugares del discurso de los ancianos, pero sobre todo en relación con el olvido a que se ven sometidos por los hijos. Más comprensivo es ese mismo discurso con el anciano jubilado, torpe en el hogar, que no acaba de encontrar un sitio en él, y que estorba más que ayuda a su mujer, cuando no se convierte

simplemente en un enfermo que requiere los cuidados de ésta. A pesar de ello, las mujeres de nuestros grupos discusión "entienden" a estos hombres, aunque no disculpen aquello que de torpeza pueda haber en su comportamiento. Entienden porque saben (lo están viviendo ellas mismas) lo que de efecto de estructura tienen los "vicios" o "defectos" de los ancianos, más allá de los vicios o defectos del carácter individual. En ese sentido el discurso, y particularmente el femenino, no pierde nunca la perspectiva, no se enreda en la queja ni en el moralismo, pues la ambivalencia no es verdaderamente ni lo uno ni lo otro.

Los viejos, ellas y ellos, saben del modo muchas veces silencioso en que se produce su marginación, sin más culpa por su parte que la llegada de la vejez. Y no se trata de una marginación que podamos considerar socialmente inocente; al contrario, es una marginación hipócrita. En efecto, el anciano es poco valorado en nuestra sociedad, relegado. A la vez, sin embargo, se convierte en un pilar fundamental de la familia mientras se mantiene físicamente útil. En efecto, ¿qué sería de las familias actuales, en las que ambos miembros de la pareja trabajan, y en la que los niños pasan más tiempo en el colegio o en actividades extraescolares que con sus padres..., si no fuera por esas ayudas de los abuelos, que se convierten en nuevas funciones dentro de la familia, pero que no son reconocidas en el interior de la misma, ni en el exterior social? ¿Podría, verdaderamente, sostenerse el ritmo de vida actual, el trabajo de ambos miembros de la pareja, los niveles de consumo a que estamos acostumbrados, y el nivel de inversión en servicios sociales de las distintas administraciones, si no fuera por estas funciones ni valoradas ni reconocidas? ¿Podríamos imaginar la sociedad actual tal y como la conocemos, sin los abuelos? Es una pregunta que el discurso de los ancianos se hace retóricamente, para cuestionar

esa "dulce relegación", y reivindicar su utilidad.

Una escucha atenta del discurso de los viejos nos muestra sus muchas caras. En las páginas que siguen veremos aparecer el deterioro corporal, la enfermedad y la muerte, componentes sin duda característicos de esta fase de la vida; pero nos parece más importante escuchar las formas que adopta ese mismo período entre nosotros, las formas de la relegación y el olvido, de la soledad, de la ausencia de lugar y de reconocimiento... que no pueden ya atribuirse sin más a los años, sino más

bien al modo característico en que camina por inercia y sin reflexión una sociedad que no reconoce más religión verdadera que la de la utilidad y la eficacia. La vejez no sería, entonces, tan sólo una secuela del paso del tiempo, sino también de la hipocresía y la indignidad sociales.

Naturalmente, todo lo anterior tiene sus avatares, sus momentos y sus desarrollos concretos. En las páginas precedentes hemos tratado de recoger la idea general del análisis; la desarrollaremos a continuación de manera suficientemente pormenorizada.

La vejez

Puesto que deseábamos situar el discurso sobre la salud y la enfermedad en el específico contexto vital de los mayores de 65 años y menores de 86, residentes en Madrid (aunque, como la mayor parte de las personas de estas edades, muchos de ellos nacidos en otros lugares de España), utilizábamos precisamente el término vejez para fomentar la discusión inicial de los grupos que realizamos. Sabíamos intuitivamente, como cualquiera que viva en esta sociedad (y lo pudimos comprobar inmediatamente tras realizar el primer grupo de discusión), que del término vejez se huye, que no es un término para denominarse. En ese sentido, el uso por nuestra parte de vejez tenía un cierto carácter provocador en el doble sentido de la palabra: trataba de promover una discusión en torno al campo semántico que el término pudiese abrir y, además, pretendía hacerlo mediante este pequeño revulsivo, de manera que las razones de tal ocultación aparecieran lo antes posible y que el discurso pudiera trabajarlas al modo de un analizador.

La respuesta fue, sin embargo, menos radical de lo que esperábamos. De hecho, lo usual era que los grupos aceptasen sin reticencias el término vejez, para remitirlo a una situación que ellos todavía no habían alcanzado, y que no les caracterizaba la actualidad. Esto ocurría en casi todos los grupos de discusión, incluso en los de más edad (otra cosa fueron las entrevistas abiertas, realizadas a personas con restricciones más o menos severas de su movilidad física, o enfermas). En alguna otra ocasión, simplemente se aceptaba el término como propuesta de discusión, para, apropiándose de él, eludirlo y emplear el más común de "personas mayores".

Por nuestra parte, pensábamos que proponer vejez nos permitiría también abordar tres campos contiguos con facilidad: el del fenómeno social, el de lo corporal (la salud y la enfermedad) y el de las demandas al Estado. Estas tres grandes áreas aparecieron, efectivamente, y de ellas daremos cuenta en estas páginas.

Comencemos, entonces, por abordar, precisamente, ese uso del término vejez referido a una realidad postrera y no a la actual.

Nadie quiere reconocerse, en efecto, como viejo porque el término vejez está asociado de un modo directo y expreso a la inutilidad social y personal.

“Pero es que estamos hablando que ahora todavía servimos para todo; el problema es cuando seamos mayores”. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

“Hoy en día no, todo el mundo quiere valer, quiere darse a valer”. (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Servir o valer; obsérvese que en estas citas no se habla de valerse por sí mismo, de modo que no está presente en ellas la referencia a la autonomía personal, a la movilidad física, sino al valor que se puede tener para otro, para un Otro social. Por esta razón en todos los grupos aparece siempre la misma referencia a una realidad molesta, presente por lo menos en los medios de comunicación: las menciones a personas que están en torno a los 60 años, como ancianos. Una persona en estas edades es todavía una persona que realiza alguna actividad “útil”, sea en la esfera “productiva” laboral, sea en la esfera “reproductiva” familiar, y que puede hacer, como colofón de lo anterior, aún muchas cosas en su vida. No es un anciano (ni mucho menos un viejo, término que adquiere un carácter verdaderamente peyorativo en opinión de los participantes en nuestros grupos) en razón de su capacidad para la actividad útil. Pero tampoco se es un anciano o un viejo cuando tales actividades finalizan, en la medida en que viejo es quien depende de otro, incluso si cronológicamente es joven, siempre que no se sirva por sí mismo.

“Igual que eres joven... hay personas que son jóvenes y ya son mayores, porque a ver... están en una silla y mientras tengas que depender de una persona ya eres viejo. Yo, aunque seas muy joven si ya no te sirves, te tienen que lavar y hacer todo pues ya esa persona...”

No sirves para nada.

Con lo cual la vejez empieza cuando ya estás incapacitado, seas de la edad que tengas”. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

No parece haber dudas al respecto: viejo es aquel que ya ni vale (para otro) ni se vale por sí mismo. Valerse o no valerse, que equivale a valer o no valer. Hay vida mientras te vales, después ya no hay vida; así planteada la cosa, podría parecer incluso razonable asociar independencia física y vida; pero es evidente que se piensa demasiado la vida en términos biológicos, es decir, simplemente en términos de su duración, y no en términos de cómo se viva este tiempo en su sentido propiamente humano (no nos referimos, como se verá, a la manida noción de *calidad de vida*).

La cita anterior esconde (o más bien muestra) una cierta crueldad. En nuestra opinión, pone claramente de manifiesto hasta qué punto el viejo es un *otro*, un extranjero en nuestra sociedad, incluso para quienes tienen edad de usar ese término para referirse a sí mismos. Las referencias a quien ya no puede valerse por sí mismo por su deterioro, sea físico o mental, son constantes y cargadas de horror y extrañeza.

“Actualmente tengo a mi suegra que tiene Alzheimer, mi mujer está desquiciada, porque no puede soportar a su madre.”(Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

“Sí, a mí me aterra la vejez, francamente,

me aterra por la cosa de decir de verte vieja, de verte enferma, con cosas de decir que no te valgas, sobre todo que te estés en la cama y no te puedas valer y que te tengan que hacer cosas..., eso es lo que más me aterra". (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Aterra mirar a la vejez cara a cara, por lo que tiene de inevitable e irreversible desvalimiento; pero, como veremos, el horror está presente mucho antes en la propia Cultura que en esa Naturaleza que produce los estragos en el cuerpo. El camino que conduce lentamente hacia la muerte a través del deterioro físico no puede ser sorteado; podemos demorar el trayecto (lo hace la medicina) pero no detenernos en él; ahora bien, si no podemos evitar la vejez, entendida como deterioro del cuerpo, sí es responsabilidad nuestra (humana, social) el modo en que una sociedad se da un vínculo en cuyo seno la vejez puede llegar a ser o no acogida. Ahora bien, para que una sociedad pueda acoger la vejez, es necesario que en su seno haya lugar para el acogimiento mismo de los individuos que la componen, sea cual sea su edad o situación. Es necesario que la hospitalidad sea posible, o que la solidaridad continúe siendo uno de los pilares básicos de la vertebración social.

Pero continuemos con el argumento del discurso que analizamos, en el punto en que lo habíamos dejado. Lo lógico, entonces, es no creerse (querer verse) viejo. Tal como se plantea, en realidad habría que decir que uno es viejo o vieja en la medida en que se acepte como tal, asumiendo de esa manera las categorías socialmente vigentes. Sin embargo, como hemos dicho, en el propio uso que ellos y ellas hacen del término que tratan de rehusar, está patente su aceptación. Aceptan la lógica de la denominación, a la vez que tratan de evitar ser nombrados por ella.

No quiere decir eso que el discurso desconozca por completo la razón última, estructural, del contenido peyorativo del término viejo. Se trataría de una sanción social claramente urbana y referida fundamentalmente al mundo industrial y de los servicios, según se piensa a veces. Sanción que nacería de lo más profundo de una sociedad utilitarista, materialista... que premia el esfuerzo, el trabajo y la juventud. Que premia el rendimiento y la eficacia; que es una razón meramente productiva. Por lo cual es lógico que el "mayor" se sienta estigmatizado e intente escapar de la designación, precisamente por esa carga peyorativa.

"Pero bueno, vamos a ver, es que el término viejo se utiliza poco porque tiene una carga muy peyorativa; nadie dice que es viejo por eso... aparte que en una sociedad como la nuestra, una sociedad utilitarista, materialista que premia el esfuerzo, el trabajo y la juventud y al mayor no lo premia, pues lógicamente lo normal es que el viejo intente salirse de eso, es lógico". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

De manera que habría una categoría de personas no afectadas por tal descalificación: los hombres y mujeres del campo, que no tienen conciencia del envejecimiento porque continúan haciendo prácticamente lo mismo que cuando tenía veinte años; unos individuos, entonces, que no ingresan en un nuevo estado distinto del de adulto porque no dejan de ejercer su actividad mientras el cuerpo aguanta, y donde la separación de las actividades productivas y reproductivas es menor. Se trata, sin duda, de una manera relativamente "mítica" de explicarse el origen del carácter peyorativo del término viejo, al referir su nacimiento al propio origen de la sociedad industrial o capitalista. Es paradójico que este período se alargue cada

vez más por la prolongación de la vida y que la sociedad haya de hacerse cargo de unos individuos que han perdido, sin embargo y significativamente valor para esa misma sociedad que los "genera". Pero, entiéndase bien, no se trata de que hayan perdido valor tan sólo para las instancias productivas (como puede verse en el hecho de que hoy día la experiencia profesional parece contar más bien poco, con lo que un parado de más de 40 años se convierte rápidamente en parado de larga duración); pierde valor socialmente, y eso quiere decir que lo pierde en todas las instancias sociales, incluidas aquellas que, en principio, rigen las relaciones entre los individuos sostenidas por vínculos de afecto y, en ese sentido, alejadas (en principio) de toda razón productiva.

La medicina, el estado del Bienestar, prolongan la vida de los "mayores", y al hacerlo producen una categoría particular de individuos con los que la sociedad no sabe nunca muy bien qué hacer. De hecho, la vejez no "hace" pregunta, por cuanto no supone una pregunta por el sentido de la propia sociedad; pero se convierte en una pregunta para las propias instituciones que han de hacerse cargo cada vez en mayor medida de esos individuos, cada vez más numerosos, cada vez más marginados en el verdadero sentido estructural del término, pero simultáneamente adulados, como ponen de manifiesto los mismos términos que se emplean para designarlos. Digamos, incidentalmente, que la situación podrá cambiar algo en el futuro, más por el hecho de que las "personas mayores" constituyen una masa creciente de consumidores con un cierto poder adquisitivo (si no individualmente, sí como masa), que porque exista el verdadero acogimiento, la verdadera hospitalidad, esto es, la consideración de los individuos como algo distinto de aquello en que los convierte la razón productiva.

Huelga decir que el viejo pretende escapar de la condición peyorativa del término, sin que ello implique una crítica de la raíces, del origen del que el concepto extrae su carácter peyorativo. Naturalmente, no basta con designarse como "mayores", en lugar de viejos, sino que habrá que justificar el uso de ese diferente término reivindicando la utilidad. Utilidad que, según veremos, tiene mucho que ver con la actividad, con la mera actividad, sea cual sea el objeto de la misma. Pero en este contexto suele ser necesario reivindicar una utilidad para el otro, ya que no se puede reivindicar una utilidad productiva.

Así, algo que es especialmente relevante en el caso de las mujeres mayores, serán útiles para la familia, ya que ejercen el cuidado de los nietos, descargando a los padres, sus hijos, de tareas que de otro modo éstos tendrían que confiar, por incapacidad de realizarlas, al Estado (tendrían que demandárselas al Estado, en realidad). Los más afortunados, aquellos que cuentan con mayores recursos culturales, pero también subjetivos, encontrarán otros espacios sociales en los que desempeñar funciones más o menos vinculadas a su actividad anterior; y así, por ejemplo, nos encontramos con varios antiguos profesionales o, incluso, amas de casa que ahora ejercen tareas en asociaciones de carácter no lucrativo, ONG, puestos de voluntariado... De lo que se trata, en suma, es de reivindicar su utilidad, pues afirman no soportar que se diga de ellos que son una carga. Tan presente está en su discurso esta dualidad entre la utilidad y la carga, que reconocen que con la edad descende su "productividad" (emplean este término exactamente, revelando de nuevo los orígenes del asunto), por lo que han de obligarse, disciplinarse, para ser más activos. La cuestión es no parar para no sentirse inútiles. Es la manera de sobrellevar la vejez, porque de sobrellevarla se trata, según parece.

“En cuanto a lo que dices tú de que hay que planificarse y cumplir, de esa forma es cuando uno se siente más contento, más feliz porque se está dando cuenta que sirve, que sigue sirviendo y que tiene

ánimo para seguir y continuar; eso es lo que ha querido decir y es la única forma de poder sobrellevar la vejez”. (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Jubilación y vejez

El origen del estigma tiene que ver con la producción o, mejor dicho, con la salida de la fase productiva adulta (que repercute también sobre el otro miembro de la pareja que no trabaja, cuando es el caso). Pero es verdad que ahora vejez no equivale a *jubilación*, y que ese descenso de la "*productividad*" afecta ahora al sistema corporal, en un desplazamiento de los términos, pero también del valor que incorporan.

La jubilación no es la vejez. Jubilación viene de "júbilo", según tienen bien aprendido en más de un grupo de discusión. Ahora bien, ¿hay motivos para el júbilo?

3.1. La entrada en la jubilación

Activo o jubilado: se trata de una distinción que afecta, naturalmente, de modo estricto, tan sólo a aquellos que han tenido una vida laboral activa. En ese sentido, no incluiría a muchas de las mujeres de la edad de las participantes en nuestros grupos de discusión. A otras, las que

han tenido un trabajo asalariado, o eran autónomas, les incluye; pero los efectos sobre ellas son, en general, muy distintos a los que sufren los hombres. A todas, en cualquier caso, la jubilación les afecta vicariamente, a través de su marido, por la nueva situación que crea en el hogar familiar el abandono de la actividad productiva por parte de aquél.

Los diferentes efectos que produce la jubilación en hombres y mujeres dependen, fundamentalmente, de si el trabajo tiene o no el carácter de una inscripción y una identidad sociales. El hombre suele inscribirse en la sociedad, en lo público, en primer lugar a través del trabajo. Muchas mujeres, sin embargo, han encontrado en sus empleos una manera de aportar recursos económicos al núcleo familiar, sin que aquellos constituyesen necesariamente una forma de identidad social. Es algo que ellas suelen distinguir claramente: no es lo mismo tener un trabajo (un empleo) que desempeñar un oficio o una profesión.

Como hemos dicho, no es cierta la creencia generalizada de que la incorporación

de la mujer al mundo laboral es relativamente reciente. Eso es sólo cierto para los empleos registrados, para los considerados tradicionalmente masculinos y, en general, para los trabajos profesionales. Las mujeres de clases bajas han trabajado mayoritariamente siempre. La mayor parte de las veces, sin embargo, esas mujeres trataban de aportar ingresos complementarios de los del marido, antes que desempeñar un trabajo profesional que les identificase socialmente. Esto sí es un fenómeno reciente, y creemos que todavía está por ver en qué proporción ese trabajo profesional tiene carácter de identificación primera y fundamental, al modo que sucede con los varones, en las jóvenes generaciones de mujeres profesionales.

Esa diferente posición, masculina y femenina, en el mundo del trabajo produce efectos muy diferentes en unos y otras, llegado el momento de la jubilación. En efecto, no parece haber, para las mujeres que han llevado una vida laboral activa, un corte radical en sus vidas tras abandonar, por razones de edad, su trabajo anterior. Para los hombres, sin embargo, la jubilación supone un verdadero desarraigo social, la pérdida de aquella condición que constituía un elemento básico de identidad y, en muchos casos, la aparición de un sinsentido que podríamos considerar, en cierto modo, retroactivo. En nuestros grupos de discusión hemos podido observar algo similar, en muy contados casos, en algunas mujeres que habían hecho de su trabajo una manera de estar en el mundo, un ámbito de relaciones sociales, de relación con el otro.

*“Para las personas que han sido activas, que han estado trabajando..., yo he estado en una tienda 18 años, y cuando tuve que dejarlo para atender bien a los de casa me costó muchísimo. Estar en una tienda, hablar con las clientas, con-
tarte tus cosas, las suyas y todo eso, de-*

jarlo de golpe te aplana; además las personas que ya han pasado por tantas cosas y han aprendido tanto, podían enseñar muchas cosas a las jóvenes que muchas cosas no las saben y las van a necesitar.” (Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)

Pero, incluso en el caso de estas mujeres, no nos hallamos ante esa perplejidad y desorientación social que vemos en el discurso masculino y que, en algunos casos, adquiere tintes melancólicos, como si, con la jubilación, hubieran firmado su muerte social.

En lo cotidiano, el cambio de situación produce muy diferentes efectos en uno y otro sexo. El hombre ha de replantearse su vida tras la jubilación, generalmente con escaso éxito; de una u otra manera el cese de la actividad laboral supone un cambio profundo en el modo en que se inscribía en el vínculo social. Incluso si el agobio de la vida laboral le permite entender la jubilación como un periodo no insatisfactorio, lo cierto es que ha dejado atrás no sólo una manera abstracta de situarse en el mundo, sino una forma concreta de mantener relaciones con los demás; en efecto, se pierden las relaciones creadas en el espacio laboral. Se pierde el contacto activo con la esfera de lo público; queda, el espacio del hogar, de lo doméstico, de las relaciones afectivas con la mujer y la familia. Pero éstas se encuentran también profundamente alteradas. En cualquier caso, nunca ha sido éste un espacio suficiente para el varón. La jubilación del marido la sufre la mujer, porque para él es sufrimiento. El hombre jubilado no sabe qué hacer en casa. En verdad, no tiene gran cosa que hacer. Se convierte, fundamentalmente, en un estorbo incluso para la propia mujer, que generalmente le encarga pequeñas tareas que hasta entonces desempeñaba ella misma, con tal de darle algún sentido a su inactividad, fin-

giendo las más de las veces que algún lugar ocupa en los quehaceres cotidianos familiares. Ellos y ellas saben muy bien de la verdad de todo esto: quien esa reorganización de los papeles, el hombre no encuentra un lugar "natural" en el hogar. Un poco más abajo veremos cómo los hombres tratan de abordar esta nueva situación de nuevo desde la distancia del humor; las mujeres son muy claras y directas al respecto; particularmente las más jóvenes, muchas de las cuales viven la situación en tiempo presente.

“Es que los ves a ellos que están como tristes.

Es que ellos mismos se encuentran como ‘qué hago yo aquí, la cocina no me deja, porque quita que eso no sabes hacerlo’....

Es que se meten en todo porque yo tengo a mi cuñado que se jubiló muy pronto porque era militar y dice mi hermana, yo en casa no le quiero, se fue a una oficina, está que si llevaba a los niños al colegio con el coche, ahora los niños ya son mayores, ahora va al banco, a hacer esto, y tiene 79 años y todavía sigue... Mi hermana dice, yo es que no le quiero en casa porque si llega a casa empieza a meterse y si va a la compra conmigo se engancha con todo el mundo hablando, mi hermana que es muy seria, pero mi cuñado habla con todo el mundo. Dice mi hermana no le quiero conmigo ni en la compra ni en casa.” (Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)

En verdad, el hombre jubilado no cumple ningún papel definido en la nueva situación familiar, y viene más bien a suponer un estorbo para las tareas cotidianas y, sobre todo, para la mujer, que sí conserva su lugar en ella. Hay, por tanto, para ellos, desarraigo social y ausencia de un lugar

definido en el conjunto familiar, por lo que éste en ningún modo puede convertirse en consuelo de lo perdido con la jubilación. Resulta, por tanto, chocante que se haya querido interpretar, en alguna ocasión, que la jubilación se convierte en un período en el que es posible superar los roles sociales tradicionales, precisamente porque los hombres se hacen cargo de algunas tareas domésticas. No hay más que ver lo que esto tiene de intento de paliar los efectos negativos que la presencia del jubilado en la familia, como cuerpo extraño a ella, conlleva para darse cuenta de que tal afirmación resulta excesivamente ingenua.

Aburrido y, probablemente, melancólico. Pero, sea cual sea el calificativo que le corresponda, lo que podemos encontrar en el discurso es una posición de desubicación, de perplejidad, e incluso de sinsentido, para muchos. Algunos, como veremos, podrán hacer el duelo por ese mundo perdido, mientras que otros parecen permanentemente instalados en una pérdida que no se supera por el éxito del duelo, sino que los postra en una especie de desvitalización permanente, en la falta de deseo, en la pérdida de interés por el mundo... que no deja resquicio para otra cosa que no sea esperar pasivamente la llegada de la muerte.

“La vejez sigue siendo algo muy relativo, que empieza la vejez con un fenómeno quizás y es la falta de curiosidad... que incluso antes me han interesado mucho, la lectura, el arte, cosas de estas que uno va dejando, se va desligando de ellas y es porque perdemos el contacto con muchas de las cosas que tenemos aquí, y es porque uno se va preparando para desaparecer.” (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

También esto lo comentan las mujeres, que señalan certeramente a la diferencia entre ambas posiciones (de hombres y

mujeres tras la jubilación) y de los estragos que esta última produce en los varones, sobre todo (también en su discurso) cuando se trata de jubilaciones anticipadas. Las mujeres entienden que ellas envejecen mejor que el hombre; creen que son más valientes porque están acostumbradas a “tirar para adelante” siempre. También es verdad, conceden, que ellas siempre tienen la casa mientras que el hombre tiene un oficio, y eso es distinto. Si no hay empleo, no hay oficio. Y si no hay oficio, para ellos no hay nada. En ese sentido, ellas no dependen del mercado de trabajo.

“Hacemos más trabajos, los de casa, pero es que el hombre tiene un oficio, en ese oficio no encuentra pero es que en otro tampoco, entonces se ve como un inútil, como un parásito que no vale para nada, con lo que yo he trabajado, con lo que yo quiero dar y me encuentro como un inútil, eso aplana al más valiente.” (Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)

El discurso de las mujeres está plagado de referencias a comportamientos de inadaptación de los hombres tras la jubilación, tales como el desarrollo de ludopatías antes inexistentes en ellos. Hablan de enfermedad y depresión en los hombres, sobre todo en el referido caso de las jubilaciones anticipadas, que se convierte también en una especie de vejez anticipada. Éstas -insisten- han matado a muchos hombres y destrozado familias enteras, pero -afirman con gran lucidez- de eso no se habla porque supondría cuestionar la propia organización social; es preferible hablar en los medios de comunicación de los chismorreos más baratos.

“... Eso ha envejecido y ha traído divorcios, disgustos, muertes y de todo, lo que pasa es que la mayoría no se comenta, no se comentan más que los chismorre-

os, los chismorreos baratos, pero los problemas graves que nos pueden afectar a todos o a muchos, eso ni se cuenta como es debido” (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

El caso de la mujer es completamente diferente. Aquellas mujeres que tienen la edad de que es objeto este trabajo, difícilmente necesitaban de lo público para alimentar su identidad. El cese de la actividad laboral no supone, entonces, perder el alimento de la propia subjetividad. Otra cosa es que también para ellas las relaciones familiares estén atravesadas por el debilitamiento de vínculos, objetivamente considerados (tendremos tiempo de entrar en la discusión acerca del debilitamiento de los afectos y, sobre todo, de la pérdida del sentido de reciprocidad intergeneracional). Pero no había para ellas desarraigo social en la medida en que el modo tradicional femenino de inscripción social era la familia. Se identificaban antes como madres y como esposas, que como profesionales, por lo que son las modificaciones en los vínculos familiares, especialmente si se pierde a algún ser querido, lo que puede postrar anímicamente a la mujer en este periodo de su vida, pero no la jubilación en sí misma.

“La mujer coge depresión cuando tiene muertes graves en la familia pero yo creo que por jubilarse no es tanto como el hombre.

No, porque siempre tiene más actividad, se preocupa de sus hijos, de los nietos si los tiene, puede hacer cosas, salir, entrar, hacer la casa, se preocupa de la casa en general que también hay que atenderla.” (Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)

En el hombre, como decimos, la jubilación puede producir no ya la desconexión con la actividad productiva, sino con el mundo de

lo público. No es raro, entonces, que encontremos en nuestros grupos referencias a terceros, así como alguna en primera persona, que entraron en situación fuertemente depresiva después de la jubilación; es verdad que estos casos eran más frecuentes cuando se trataba de jubilaciones prematuras (prejubilaciones).

“... Pero de esos yo conozco también a dos o tres que se han jubilado con 58 años y se les ha caído el cielo encima, no sale de casa, y no hay forma de sacarle de casa, que no le gusta ir al bar, que no le gusta jugar y no hay forma de sacarle de casa; y está ahí entre cuatro paredes aburrido totalmente”. (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

Se abre, entonces, un período que difícilmente podría considerarse de verdadero júbilo, de "paz y de gloria", tal y como se dice en alguna ocasión. Todas las expectativas se ven, en este sentido, rápidamente defraudadas. Hay, de entrada, dos elementos que juegan en contra de la jubilación así entendida:

- El dinero (es decir, su falta).
- La amenaza del sinsentido.

3.2. La precariedad económica familiar

La carencia de recursos económicos es un obstáculo evidente para el júbilo; obstáculo que, está claro, afecta tanto al propio jubilado (en muchos de los casos, el hombre), como a la persona de la familia que comparte los ingresos (en muchos de los casos, la mujer). Se trata de un aspecto que aparece recurrentemente en los grupos de discusión, sin que por ello se convierta en un elemento principal para caracterizar esta etapa de la vida. La razón es que antes que la falta de dinero está siempre la salud (su falta) como realidad

actual, o como amenaza futura, pero inexorable, para caracterizarla.

La falta de dinero opera, sin embargo, de manera diferente en dos momentos de esta fase posterior a la jubilación:

- Por una parte, está plenamente asociada a la vejez, precisamente en razón de la jubilación. Las familias jubiladas siempre tendrán menos recursos que aquellas en que sus miembros o alguno de ellos permanecen ocupados, excepto si el fruto de su trabajo ha sido suficiente como para disponer de unos buenos ahorros. Es cierto, sin embargo, que la mayoría dirá disponer de vivienda propia, lo que les permite un cierto desahogo, al reducir una parte de los gastos mensuales en una cuantía tan importante como esa. En cualquier caso, disponer o no de dinero líquido marca la diferencia fundamental entre quienes (gozando de salud, naturalmente) disfrutarán su jubilación, o verán ésta reducida a un pasar el tiempo más o menos grato o tranquilo.

Las mujeres viudas, especialmente si no disponen de una pensión propia asociada a su trabajo –lo que es en estas generaciones bastante habitual–, se llevarán la peor parte, al ver mermados sensiblemente sus ingresos tras la muerte del marido. La viudez femenina, haciendo abstracción de lo que pueda significar en el plano de los afectos, cobra por esta razón un carácter sumamente traumático, por lo que tiene de drástico empobrecimiento que se suma al empobrecimiento anterior procedente de la jubilación del marido. La situación resultante suele aparecer asociada al fantasma de la **dependencia económica** (normalmente frente a los hijos). Ya se verá cómo la posibilidad de perder la autonomía (no sólo en el plano físico,

asociado al deterioro, sino también en el plano económico) se irá objetivando como el mayor riesgo asociado a la vejez.

El terror que sientes, el pensar que te puedes postrar en una cama y que tengas que depender para todo de otras personas, entonces, de quien depende... si no tienes dinero suficiente para que te atiendan... (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

Desde este punto de vista –y considerando que la viudez femenina en estas edades no como una situación precisamente anecdótica, dada las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en estas edades–, la posición de la mujer mayor adquiere el carácter de una especial vulnerabilidad, que será reiteradamente puesta en evidencia y denunciada en los grupos de mujeres. Denuncia de la injusticia que supone la drástica reducción de ingresos de las actuales pensiones de viudedad², que implícitamente supone la desvalorización social del trabajo realizado por la mujer en el seno del hogar.

Económicamente con una jubilación que yo hace dos años que me quedé viuda y te quitan la mitad...

Y con los precios que hay.

Los gastos son los mismos, las casas y con la mitad del sueldo que teníamos, mi marido era funcionario y ya sabemos como son los sueldos, me ha quedado una pensión que nada... (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

Cuando mi marido se murió, de la pensión me quitaron el 55%. Date cuenta, de la pensión el 55%, y si se muere la mujer, el hombre continúa con su dinero... (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

No es, por tanto, infrecuente que se mencione este aspecto, el dinerario, como un elemento esencial para entender la jubilación, ya que su carencia constituye un elemento de renuncia forzada, que se suma a las renunciaciones que finalmente constituirán la vejez, por efecto del creciente, paulatino e irreversible deterioro corporal.

- Inversamente, tampoco es infrecuente que se le quiera restar protagonismo al hecho dinerario, y no sin cierto fundamento: precisamente porque, con dinero o sin él, la renuncia habrá de aparecer en el horizonte más tarde o más temprano. No se trata, por tanto, en esta edad, del uso del dinero que puede hacer un adulto más o menos joven porque el horizonte de salud de éste es muy diferente. Si, en abstracto, la salud ha de estar siempre antes que el dinero, a estas edades el dinero puede llegar a carecer de objeto si se resiente la salud.

“Pero es que los que tenemos salud decimos que es el dinero; ahora, si caes enfermo, ya ni dinero ni porras. (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja).

Pero el asunto del dinero tiene una notable importancia en este periodo de la vida. En principio, salvo, como decimos, en el caso de pensiones muy elevadas, o de situaciones poco comunes (rentistas, etc.), la

² Denuncia que en cuestiones de esta naturaleza se dirigirá preferentemente al Estado, en tanto que institución que idealmente debe garantizar la justicia y la equidad sociales.

llegada a la edad de la jubilación se asocia con la merma importante de los ingresos. Esto significa, inmediatamente, también la reducción del consumo, con lo que conlleva de modificación radical, permanente, y sin posibilidad de marcha atrás, de la vida cotidiana. Es verdad, como hemos señalado incidentalmente, que el mercado se está preparando para absorber los ahorros de estos individuos, creando toda una nueva categoría de productos y servicios adecuados a la vejez. Pero ya no puede tratarse del mismo tipo de consumo, o, al menos, de los mismos niveles en que se situaba éste antes de la jubilación.

Las posibilidades que en abstracto la jubilación puede abrir se ven, entonces, limitadas por esta merma de los ingresos, merma que sólo parcialmente viene a paliarse por los servicios que presta el Estado a los ancianos.

A juzgar por el modo en que el discurso se detiene en ello, parece que será la propia salud y sobre todo la atención o la asistencia personales, uno de los principales componentes de ese nuevo mercado, todavía parcialmente inédito. En efecto, dos son los elementos que apuntan a esto:

- La insuficiencia del modo en que el Estado presta asistencia sanitaria a los ancianos.
- La descomposición de la familia tradicional.

De ambas cosas deberemos hablar más adelante; lo que aquí nos interesa destacar es que el primero de los aspectos, la insuficiencia de las prestaciones sanitarias o, por ser más precisos, la insuficiencia del modo en que tales prestaciones se dan, obliga a volver la mirada hacia la asistencia privada. Naturalmente, aquí son pocos los ancianos que no encuentran limitaciones económicas para dar este giro.

Por otro lado, la descomposición de la familia tradicional, que no entraremos discutir, conlleva que toda una serie de cuidados que antes prestaba al anciano la propia familia, han de convertirse necesariamente ahora en servicios retribuidos; y de nuevo aquí las prestaciones del Estado son insuficientes, no ya en modo, sino simplemente en cantidad.

El futuro no resulta, por tanto, halagüeño para el anciano o la anciana, que ven cómo se enfrentan a un horizonte sin retorno, en el que su futuro personal (y, propiamente hablando, corporal) va a depender de su capacidad para costearse distintos servicios. Y esta situación se produce, como decimos, en un momento en el que el anciano ha debido ya renunciar a determinados niveles o tipos de consumo, en beneficio de una vida más austera. Tal austeridad no es nunca tan sólo el producto de la desvitalización de que hemos hablado más arriba, sino, sobre todo, una renuncia necesaria, que viene a inaugurar un camino de renunciaciones, que pasarán, estas sí, por el cuerpo y su debilitamiento. Habremos de volver más adelante sobre estos aspectos.

3.3. El sinsentido

El sinsentido tiene otro carácter y, aunque lo mencionemos aquí en un apartado, recorrerá el conjunto de los capítulos de este informe. El sinsentido tiene que ver precisamente con esa presencia constante de la idea de *matar el tiempo* en la práctica totalidad de las actividades que realizan los viejos, o que las instituciones le proponen. Entiéndase bien: no se trata de que no puedan encontrar placer en una actividad programada, o incluso en el hecho de obligarse y disciplinarse (como se dice recurrentemente) para llevar una vida activa. Antes al contrario, encontrará placer; y el primer placer vendrá del hecho de sa-

berse activos, lo que equivale a decir vivos y, en cualquier caso, no marcados por las etiquetas de *viejo* o *vieja*. De lo que se trata es de que la actividad aparece como el recurso obligado contra la depresión o la angustia que la nueva situación (sobre todo cuando se la vincula al deterioro corporal) depara. Actividad que, en el modo de referirla, adquiere un carácter casi compulsivo y, por supuesto, de emblema o enseña de la "juventud" de quien habla, más allá de sus contenidos. De lo que se trata, entonces, es de moverse, hacer cosas, muchas cosas... porque pararse equivale a morir.

"Porque tengo una casa en la provincia de Ávila, yo soy de allí y voy mucho allí, y matar el tiempo, entretenerte en hacer algo.

Entretenerte, no divertirte. (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

"Yo considero que el que se aburre es porque quiere, por ejemplo este señor tiene gallinas y demás, yo si tuviera eso no lo podría atender, si tenemos lunes y miércoles en el centro gimnasia, luego martes y jueves bailes de salón, si no tenemos tiempo para nada. Luego, por la tarde, vamos a jugar a petanca, al mus, al dominó..." (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

3.3.1. La óptica masculina

Una de las maneras usuales de abordar lo que esta nueva situación tiene de sintomático, sin caer en la angustia, es mediante la distancia que depara el humor. Y así, mediante el chiste, se pueden abordar los afanes cotidianos de muchas personas de esta edad (hombres, concretamente), afanes que no tienen por objeto, precisamente, metas personales, y que constituyen el discurrir cotidiano.

"Dicen que de mayores, ahora de jubilaos, ¿qué hacen? Pues mira, por la mañana me dedico a la bolsa [de la compra] y por la tarde me dedico a la informática: 'y veme [IBM] a por esto, y veme a por lo otro', y por la noche me dedico a la investigación: 'a ver dónde he dejao las gafas, que no encuentro el periódico'..." (RISAS) (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

Igualmente sintomático nos parecen dos aspectos bien diferentes pero que suponen, en realidad, las dos caras de la misma moneda. Nos referimos a la depresión tras la jubilación y a lo que en alguno de los grupos de discusión denominan "preparación para la jubilación". Al decir de algunos, habría, al margen de la postración física, tan sólo dos caminos: el aislamiento (casi siempre considerado depresivo) y la actividad desenfadada.

"Los mayores estamos divididos en tres: una parte que son activos, se apunta a todo. Otra parte que son pasotas: 'a mí no me hables de nada', y otros pobres que ya no pueden ni moverse que ya... que esos ni fu ni fa". (Hombres de 76 a 85 años. Media-media. Viudos)

La depresión (o la angustia) indica, por una parte, lo que la jubilación tiene de ruptura con una manera totalmente programada de utilizar el tiempo (digámoslo así); pero si tiene carácter de síntoma es, precisamente, porque la nueva situación aparece como un vacío frente a la anterior. La vida, en su conjunto, ha sido, entonces, absorbida por el trabajo, sin que ninguna manera de estar en el mundo, o actividad, pueda dotar por sí sola de sentido a este nuevo período. Si tras la jubilación no se sabe qué hacer, es porque todo quehacer estaba ligado al trabajo y sus avatares, que no tienen nunca un carácter exclusivamente productivo, sino que configuran todo un universo de relaciones, por pobres

que éstas lleguen a ser, y que constituyen un remedio contra el pánico del vacío de la existencia.

"... El ser humano es un animalito social y en el trabajo yo tenía amigos; unos los quería más, otros menos, y a otros los odiaba; siempre rodeado de seres humanos donde practicabas las dos cosas: amor y odio. Y entonces resulta que ha llegado la jubilación y ¡pun!, ya está, ya nada... Ahora ¿qué hago en casa?, estoy en casa metido... Toda la vida rodeado de seres humanos, '¡hola!, ¿qué tal, Carlos?', '¿qué tal, Rosa?'... y ahora no tengo a nadie con quién hacer eso, y tengo que buscarme gente con quien hacer eso, porque llevo toda la vida haciéndolo, no puedo quedarme solo (...). Te dice la sociedad que para eso ya no vales. ¿Qué va a ser de mí, si toda la vida he hecho esto? Pues ahora simulas una concentración de seres humanos; no es igual, pero es parecida."(Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Incluso quien no se deprime ha de reorganizar su manera de incluirse en el vínculo social, como un espacio de relación mediado por actividades, que en ocasiones aparecen descarnadamente como simulación. Algunos lo preparan con antelación, piensan en las aficiones que podrán desarrollar, o comienzan a participar en los cursos más peregrinos, desde la cocina, pasando por la informática, las manualidades...

Quienes han tenido un pasado rural, podrán pensar en su huerto o en sus gallinas...

"Que no echaba de menos eso que dicen muchos: 'Es que yo me jubilo y me voy a morir de pena'..., no, yo no. Yo me busqué enseguida en mi casita, mi huertecito, mis gallinitas y mis cositas, y con eso me paso el día feliz. O sea, que aburrimiento yo no

he tenido todavía desde que estoy jubilado." (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

Es curioso observar cómo se relatan esa especie de intereses sobrevenidos de lo más variados, la mayor parte de los cuales no tienen nada que ver con la etapa anterior, ni siquiera con aquellos intereses o deseos siempre pospuestos que pueden caracterizar la etapa madura de una persona. Para la mayoría, se trata de encontrar algo que hacer, algo que entretenga, algo con lo que matar el tiempo. No es que el sinsentido aparezca de pronto, por contraposición a una vida plena de sentido, sino que, más bien, se trataría de que la nueva situación deja al descubierto el sinsentido de una vida agotada en el trabajo. Por eso es mucho más frecuente que sean los hombres quienes hayan de plantearse la jubilación como un tiempo en relación con el cual deben reorganizar por completo el vínculo social.

Son pocos los que poseen los recursos culturales y subjetivos suficientes como para hacer de su jubilación un periodo vinculado de alguna manera a la etapa anterior, y dotado de un cierto propósito personal; al menos en el sentido de que sean capaces de poner sus conocimientos y su cualificación al servicio de propósitos organizados como metas con cierto carácter colectivo, con independencia de que individualmente tal reorganización del vínculo siga presentando las características de un esfuerzo de adaptación. Así, encontramos, como ya hemos dicho, quienes participarán en ONGs, o en servicios de asesoramiento y preparación de jóvenes empresarios o emprendedores, voluntarios de museos, profesores de ajedrez...

"Bueno, pues aquí que están hablando de la vejez... yo soy contrario a todas esas cosas que dicen que el viejo ya no sirve. Ac-

tualmente me dedico a la enseñanza, enseño a personas mayores, estoy de voluntario en el Museo de América, hago un curso de dibujo, soy jugador de ajedrez, o sea, que antes de jubilarme me he buscado mis recovecos para no encontrarme desplazado, porque hay gente que termina de trabajar y se jubila y ya no sabe qué hacer, es un inadaptado a la sociedad, yo procuré adaptarme y me he adaptado". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

3.3.2. La óptica femenina

Como se dijo, la mujer tiende a abordar esta etapa de un modo más "natural" que el hombre por la razón de que no se da en ella una discontinuidad radical en el modo de estar en el mundo entre un antes y un después.

Ciertamente, la mujer mantiene un espacio propio, el hogar, y una actividad propia: **el cuidado**. Pero es evidente que esa actividad ya no puede ser la misma. Podría decirse que la actividad de la mujer cuando entra en las edades objeto de estudio se vacía en gran parte de contenido, por falta material de objetos-sujetos de cuidado.

- Ciertamente, todavía queda el marido (que en muchas ocasiones pasará pronto a ser un enfermo al que hay que cuidar).

"Hombre, de mujeres también pero las mujeres tienen una actividad en casa, una obligación, pero un hombre cuando se levanta y tiene todo hecho desde el desayuno, qué hace, se va a la calle y qué hace. (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

- También le quedan sus hijos, si es que aún comparten hogar paterno. La posibilidad de continuar "valiendo" para los hijos, es decir, teniendo un lugar y una relevancia significativos en sus necesidades, adquiere una elevada importancia en el plano emocional. Si hay relación constante y fluida, si hay posibilidad, también, de "ser útil" para ellos³, el equilibrio emocional de la abuela aparece garantizado. Pero hay razones para suponer que las condiciones típicas inducen más al desequilibrio que al equilibrio: los hijos tienen su familia "nuclear" que, en gran medida, como su propio nombre indica, se comporta en nuestra sociedad como una unidad autosuficiente tanto en el plano económico, como en el plano afectivo. Los problemas recurrentes con yernos y nueras, a pesar que se suelen minimizar, no dejan de evidenciar el carácter marginal y forzado del lugar que se quisiera ocupar. Los hijos o las hijas, siempre maravillosos, suelen, como quien dice, "cumplir"; pero semejante cumplimiento también evidencia el carácter forzado del trato, un trato que exige por parte de los descendientes únicamente "detalles" y por parte de la abuela un mantenerse discretamente al margen para no complicarles en exceso la vida al tener que tomar en consideración sus necesidades afectivas.

Pero ya sabemos que en fin, que eso de la abuelita que todos están alrededor de ella eso ya se ha acabado (Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta)

³ La forma más evidente de ser útil a los hijos es cuidando a los nietos; el problema que intentamos poner de manifiesto, entonces, se aplaza, en el momento en que los nietos se hacen adolescentes, cuando deja de ser útil la intervención de la abuela.

La mujer mayor también pierde en gran parte ese papel de nexo de los afectos, de cuidadora de los hijos..., aunque el proceso sea más paulatino, menos discontinuo que el del hombre respecto del cese de su actividad laboral.

Pérdidas progresivas y paulatinas, que no impedirán que la mujer encuentre en su casa siempre un reducto de su subjetividad, y no sólo de una actividad exterior. Por esta razón, no se observa en ellas, al menos mientras viva el marido, esa necesidad de buscar fuera del hogar cualquier tipo de actividades que puedan darle al tiempo el fingido estatuto de actividad útil. Antes al contrario, esa necesidad de actividad la volcarán las mujeres hacia aquellas tareas que se ejecutan en el interior doméstico y que han formado parte de su vida también antes.

Tras la muerte del marido, generalmente la soledad se hace insoportable, y es más fácil que, entonces, las mujeres busquen fuera de lugar y sobre todo entre las amigas, o en el ámbito institucional como lugar donde encontrar nuevas amistades, el modo de rehacer sus vínculos sociales que, a partir de ese momento, no serán sino un remedo de las relaciones verdaderamente perdidas (la conyugal y las familiares en general).

Y cuando tienen las clases socioculturales me gusta y ahí me gusta hablar con la gente y eso, no puedo estar sentada en casa porque soy muy nerviosa y me deprimó y entonces dejo todo y me voy a la calle, paseo, ando una hora para acá y para allá, voy al centro, o sea, estoy bien (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

Lo más triste para mí a esta edad es la soledad, más que el problema económico y el problema de salud. Yo, nada más que llevo 20 meses viuda, los 8 primeros meses estaba sola en Salamanca... y los primeros meses, por el día bueno... pero

por la noche... pensaba que me moría... y entonces le dije a mi hijo que me buscara un pisito pequeño donde ellos o que si no me iba a una residencia pero no quería estar sola (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

Hay días que sales por la mañana a darte un paseo y dices, es que si no aquí me ahogo (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja).

Yo eso de estar en mi casa así es que no puedo (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

La soledad como destino del anciano está muy presente en el discurso, y particularmente en el discurso femenino. La soledad también como temor a estar solas cuando llegue el momento de la enfermedad o de la muerte.

“ Lo que está pasando, los muertos que han aparecido solitos en los pisos.

- Pero es que esos no tienen a nadie.

- Sí tienen a gente, sí”. (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

3.4. Reorganización del vínculo social

Llegados a la vejez tanto el hombre como la mujer han de abordar, como hemos dicho, el sinsentido que aquélla muestra. Abordarlo para conjurarlo, y escapar de él, por supuesto; no para pensarlo. El viejo no es alguien que piensa la vejez, pues ésta no parece tener un sujeto social y político que la piense, el viejo es alguien que trata de escapar de ella en una especie de huida hacia delante, como si la muerte pudiera quedar a nuestras espaldas, en vez de esperarnos delante.

Hay, entonces, que recomponer la inscripción personal en el vínculo social. Esto,

como ya hemos dicho, es algo particularmente crítico en el caso de los hombres, los más afectados directamente por la jubilación, pero indudablemente también influye en las mujeres, de forma más o menos intensa, dependiendo de sus circunstancias personales y familiares. Si descartamos la depresión y el consiguiente aislamiento al que se hace referencia en los grupos de discusión como algo no demasiado inusual, la alternativa pasa, primero por el ocio y, después, por los dispositivos institucionales del Estado. Están, básicamente, los "centros de mayores", hogares del jubilado, etc. Y está el INSERSO y sus viajes.

La mujer no escapa a la necesidad de recomponer su vínculo social, siquiera sea por el hecho de la jubilación de su marido. Es cierto, en cualquier caso, que en esa etapa de la vida la mujer suele verse enfrentada a nuevos "cuidados", especialmente exigentes. No será extraño que, ya simbólica o prácticamente jubilada, tenga a su cargo mayores (ascendientes de su familia o de su pareja) a los que cuidar; todavía más frecuente que el propio marido se convierta también en objeto de cuidado por algún tipo de enfermedad invalidante de este. Es obvio que también puede suceder lo contrario, que la mujer enferme y su marido se deba hacer cargo de ella. La probabilidad de que esto último suceda es, no obstante, bastante menor, debido a la diferencia de edad habitual entre hombre y mujer, y a la mayor longevidad de esta última. Pudimos comprobar en nuestros grupos de discusión que, en algunos casos, ésta carga no es una exigencia de dedicación prácticamente completa, sino en ocasiones incluso algo, el manejo del cuerpo casi inerte del otro, para lo cual la edad ha incapacitado ya también a la mujer.

"... Pero un día se me fue para atrás y cayó encima de mí, que no me mató porque

Dios no quiso y entonces nos tuvimos que ir al hospital, me llevaron y me dijeron que no tenía nada y ya cayó otra vez y como estaba dañado se me partieron dos de atrás y he tenido que estar en la residencia dos meses y medio con un corsé, he estado fatal y lo tuve que tener a él porque no le podían atender en casa y yo menos, y estuvo conmigo en la residencia dos meses y medio, y luego el pobre ha muerto." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-baja y baja. Viudas)

A ello habrá de añadirse, en muchas ocasiones, el tiempo dedicado al cuidado de los nietos. Ambos tipos de cuidados no son, con todo, directamente comparables, como tendremos ocasión de comprobar, más adelante.

Casi siempre las mujeres anticipan la vejez, a partir de la jubilación del marido, como un período de libertad (libres del trabajo, libres de los cuidados familiares...) que suele identificarse imaginariamente con la posibilidad del viaje.

Buenísima, porque puedes viajar, puedes incluso ir a los museos, ver Madrid que es muy bonito pero mientras tienes salud y la persona que está contigo también tenga salud, en el momento que empieza a fallarte algo la cosa ya se descoloca. (Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta)

El viaje como realización idealizada de esa libertad de la que antes las urgencias de la vida impedían disfrutar. Sin embargo, esta expectativa se ve frecuentemente frustrada por la aparición de la enfermedad y, generalmente, por la renovación de las exigencias de cuidado que ello impone.

Ambos, hombres y mujeres, han de recomponer el vínculo social también en caso de viudez. La viudez es un acontecimiento traumático cuyos efectos pueden acompañar en el tiempo, larga y dolorosamente, a un individuo. Encontramos en

nuestros grupos de discusión la viudez temprana; pero con mayor frecuencia la relativamente reciente. Esta sobreviene generalmente después de que se han perdido ya los vínculos, más o menos fuertes, con aquellas personas que componían el tiempo y el espacio cotidianos durante el ciclo de la actividad productiva. Generalmente, se ha producido ya también el deceso de algunas de las personas que componían el ámbito de las relaciones íntimas o familiares. Y se empieza a ver también en el horizonte el deterioro de los vínculos familiares... Todo apunta a una reducción de los vínculos afectivos, a una reducción del número de relaciones afectivas, íntimas, personales, que componían la etapa anterior. El cuerpo también empieza a fallar. Tiene que ser terrible que en esos momentos de mayor debilidad se produzca la pérdida del cónyuge. La desaparición del compañero o de la compañera con quien se ha compartido la vida puede conllevar el sentimiento de ruptura de la continuidad de la existencia, como un hito catastrófico de imposible reparación. Con todo, se ha escrito en alguna ocasión que los ancianos lloran poco cuando entierran a sus muertos (salvo si se trata de los hijos o de la propia pareja), quizá felicitándose inconscientemente por sobrevivirlos, como si la muerte del otro fuera una confirmación de la propia existencia y de un "anhelo secreto de eternidad". Conocemos algún caso en este sentido, como el de un anciano que leía diariamente las esquelas de los periódicos, buscando nombres conocidos, regocijándose, verdaderamente, por haberlos superado frente a la muerte. Este estudio, sin embargo, no nos permite confirmar ni desmentir tal afirmación; sí podemos corroborar, no obstante, que la muerte de los otros cercanos supone siempre una actualización del temor a la proximidad del final de la propia vida, que puede llegar a hacerse permanente a estas edades, por

la frecuencia de los decesos de los amigos y otros seres queridos.

Pero, como decimos, otra cosa muy distinta es la muerte de aquél que constituía en mayor o menor medida un apoyo y un consuelo cotidianos. Sólo queda, entonces, el duelo y la soledad. Hombres y mujeres lo abordan, sin embargo, de distinta manera. Podría decirse, en general, que las mujeres tienen más éxito a la hora de sobrellevar esta pérdida. Les resulta más fácil recomponer una vida en soledad, apoyándose en las redes familiares (por precarias que éstas puedan llegar a ser), pero también en nuevas redes que tejen personalmente. La mujer viuda se apoyará en las hijas, principalmente. Pero podrá conservar su casa, valiéndose por sí misma, y tratando de entablar nuevas relaciones, generalmente con personas de su mismo sexo, si no es que conserva un grupo de amigas, con las que recuperar relaciones.

“Yo, desde que me he quedado viuda, al principio muy mal, y ahora como hace ya 14 años que estoy viuda, pues lo voy asumiendo poco a poco, todavía no del todo, porque cada vez que veo una foto o cualquier cosa, o algo que le ha gustado a mi marido pues me pongo a llorar como una tonta, pero, bueno... Y por otro lado no lo vivo mal, y dentro de mi edad afortunadamente no tengo ningún problema de salud, vivo sola, no tengo que dar cuentas a nadie, ni nadie me las da a mí, y no vivo mal, la verdad es esa. Tengo amigas, nos vamos por ahí de viaje, nos vamos todas las semanas por lo menos un par de veces o tres a comer por ahí...” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

“... Porque al principio me decía: vente con Arturo y conmigo, y yo la decía que no porque me siento muy desplazada, no me siento a gusto, y no me apetece, y luego se quedó viuda y me decía: ¿salimos un día a

tomar un café?, pues vamos, y conocemos a otra amiga, y ahora somos las 3, que como dice otra amiga: somos las 3 patas de una mesa, y si nos falta una estamos mal. (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

Es verdad que la viudez puede apartar de parejas de amigos con las que antes se compartían los momentos de ocio, pero no es infrecuente entre las mujeres recomponer su vida social con ayuda de las amigas. Se trata de una estrategia bastante extendida, que no excluye, naturalmente, el caso contrario: la existencia de mujeres incapacitadas para dar ese paso, bloqueadas en el círculo vicioso del duelo y del sinsentido.

Pues yo me paso las tardes entera sola ahí viendo la televisión como una tonta... no tengo fuerza de voluntad para irme a la calle o a cualquier sitio, o sea, que horrible. (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

No, es que a nuestras edades pensar en convivir con personas que no conoces de nada, en volverte hacer como otra nueva vida eso me parece como... que si llega lo tienes que hacer y lo aceptas pero que yo ahora mismo no puedo aceptarlo así, prefiero morirme en mi casa solita. (Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta)

Para muchas es difícil entablar nuevas relaciones, de manera que las que tienen quedan reducidas a las que aún conservan en el ámbito familiar, cuando las diferencias generacionales no lo dificultan también. En ocasiones, las mujeres hablaban de esto como si se tratase de un efecto prácticamente mecánico de la misma vejez: las vidas de unos y de otros ya no coinciden y nadie quiere nada contigo... y eso viene a ser la ley de vida. Algunas adoptaban, entonces, conductas de aislamiento frente a miembros

de la familia más jóvenes, que les servían para preservarse del dolor futuro y previsible:

"Procuro no darle importancia a nada y que no me hagan daño. Este año si me dicen vente a cenar el día de Nochebuena procuraré hasta poner un pretexto para no estar ni con ellos porque los cojo cariño y luego me va a doler mucho más, considero que es mucho más triste... Yo ya sé lo que me espera, una de dos o morirme sola en mi casa o irme a una residencia, y como la residencia no quiero pues hasta ahora..."

(Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta.)

Generalmente, serán aquellas mujeres de carácter más fuerte y menos sumidas en la melancolía, las que con mayor ahínco traten de encontrar un espacio propio, personal e independiente de la familia; un espacio de relaciones nuevas, en cuya constitución pueden entrar en juego los centros sociales y similares.

"Y buscarte amistades que estaban como tú, en la misma situación." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

"La comunicación es lo más importante.

Yo voy con mis amigas, yo sola no voy.

Es que allí también haces amigas." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

El hombre, como se dijo, es bastante más torpe en esta situación, se encuentra subjetivamente mucho más desvalido. Si pierde a la mujer le costará valerse por sí mismo en su nueva condición de viudo que vive solo. Encontrará menos consuelo en las relaciones familiares, entre otras cosas porque su lugar en ellas ha exigido

siempre el “trabajo” y la mediación de la mujer. No es difícil, tampoco, que se vuelva “dejado” en lo relativo a la higiene y el aspecto físico. Ya no está allí la mujer para recordarle la dignidad que se debe a sí mismo; ya no está allí para sostener mínimamente su narcisismo corporal.

El hombre parece encontrar menos apoyo en la familia, no porque ésta no se lo preste, sino porque él necesitará volver la mirada hacia el exterior para encontrar consuelo precisamente en la recomposición del vínculo social.

"Mira, a mí, cuando se me murió la señora, por el día vaya que vaya, entraba y salía. Pero cuando se hacía la hora de irme a casa, parece que hacía el piso... y se quedaba el día..."

La noche es muy triste.

Yo, lo de los servicios sociales me ayudan mucho, lo paso muy bien, me ayudan mucho". (Hombres de 74 a 85 años. Media-media. Viudos).

Parece más frecuente que la mujer viuda acuda también a centros de mayores, mientras que da la impresión de que se encuentra menos atraída por estas instituciones en vida del marido. Estos centros ofrecen modos muy diversos de ocupación de los ancianos; tampoco parece que sean del todo semejantes entre sí, dado que los hay que pertenecen a la Comunidad, o a los ayuntamientos, de manera que cada uno puede llevar a cabo sus propios programas, y organizar su oferta de acuerdo con criterios propios.

"Hoy la casa de los mayores es un refugio y un entretenimiento para muchos que antes no sabían donde ir; por lo menos se divertían en el parque, conversando o lo que sea; pero hoy en día es más llevadero." (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Estarían también los centros que funcionan como centros de día, que el anciano abandona tan sólo para ir a dormir a su casa o a la de sus hijos, y que tiene también esa imagen de aparcamiento para no estorbar a estos últimos.

"Habrá muchos que puedan estar en su casa y que estén a gusto pero para esa gente que tienen dificultades, que estamos en una sociedad y hay muchas dificultades, y para esa gente están tan contentos, comen allí, meriendan allí, cenan allí y luego se van a su casa, y no dan nada que hacer en sus casas. Así de gente que utiliza esos centros". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Darí la impresión, por lo que los participantes en nuestros grupos contaban, que algunos centros parecen primar las actividades físicas y de entretenimiento, mientras que otros incorporan charlas, conferencias y espacios de debate.

"Hemos tenido clases de psicología estu-pendas... o sea, cambiar el pensamiento, cambiar las ideas y si hablas con otra gente ves que hay gente que está peor que tú." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Este último aspecto no carece de interés; en efecto, podría parecer que ese tipo de actividades están orientadas a proporcionar al anciano algún elemento de reflexión. Sin embargo, cuando se menciona la presencia de psicólogos en estos centros, más bien se tiene la impresión de que estos profesionales entienden la situación del anciano como una especie de desajuste psicológico individual, aunque extrapolable a todo el colectivo que se encuentra en esa edad. Se entrevisté también algo del orden de una orientación más anestésica que reflexiva: "no hay que mirar para atrás, hay que mirar para ade-

lante", se nos dice en alguna ocasión que es el mensaje que reciben, cuando el problema del anciano es que no tiene un "delante" al que mirar, convirtiendo así una situación que tiene carácter de estructura, en una mera carencia individual, subjetiva.

Si algo tiene el anciano es, precisamente, su pasado. Pero este parece carecer de valor para todos; lo que hemos denominado transmisión (precisamente aquello que no funciona en nuestras sociedades), no supone hacer tabla rasa de la experiencia propia, otorgando valor tan sólo a un futuro que, en el caso del anciano, es precisamente lo más incierto de su vida, sino establecer un puente intergeneracional. Hoy día, sin embargo, como ya hemos dicho, la experiencia carece de valor, de manera que lo único que se "transmite" es la información. Y para eso no hace falta un sujeto. En ese sentido, es probable que en muchas ocasiones la intervención asistencial y el trato a la vejez, orientado por las buenas intenciones anestésicas o analgésicas, acabe por empujar al anciano aún más hacia ese tipo de comportamientos infantilizados que consisten en el intento de ocupar el tiempo con todo tipo de entretenimientos. Es notable la vertiginosa manera con que muchos ancianos acogen las actividades de estos centros de mayores; más bien como un modo de no pensar en la vejez y sus horrores, con carácter anestésico entonces, embotados en una especie de activismo que no repara en los contenidos de las actividades, pues de lo que se trata es de llenar el día, de matar el tiempo para que éste no se haga notar.

Son pocos los ancianos más lúcidos (también, según parece, más jóvenes) que reivindican otro trato para la vejez, que parta de asumir su verdadera situación y sus limitaciones físicas, que acepte las arrugas y que le confiera a esa etapa de la vida un estatuto, un respeto, una dignidad; que la saque de esa condición de tiempo

suspendido a la espera de nada (tan sólo de la muerte) que parece tener ahora. Otra vejez, entonces, para la que carecen de recursos subjetivos e individuales, y respecto de la cual no existe una verdadera propuesta social, toda vez que no encuentran un sentido aceptable en la imagen de la vejez que el discurso social y las instituciones les proporcionan.

También estos centros son espacios para distintas actividades físicas, para el ejercicio físico, que los ancianos acogen generalmente en una doble dimensión: la relacional (en la que el ejercicio físico es una mediación para la relación con los otros) y la terapéutica (que tiene efectos placenteros, el primero de los cuales es la sensación de rejuvenecimiento). De esto, sin embargo, habremos de ocuparnos un poco más adelante.

Junto a los centros de mayores, los viajes vienen a ser una de las actividades preferidas por los ancianos, quejosos siempre de que su coste no les permite practicar esta actividad en la medida que le gustaría. El viaje supone siempre una oportunidad de rejuvenecer; al igual que antes, el viaje implica para ellos una especie de tiempo suspendido, tiempo para el disfrute, espacio deslocalizado, tiempo y lugar de encuentro de lo nuevo... Recuperar una cierta sensación de libertad y, en cierto sentido, de rejuvenecimiento.

Aunque puede haber viajes organizados por los ayuntamientos, los viajes para mayores por antonomasia son los del IN-SERSO. De ellos queremos hablar brevemente porque ponen en juego uno de los aspectos más perversos del orillamiento del anciano en nuestras sociedades.

En efecto, esa difícil inscripción del anciano en el vínculo social, apartado de la sociedad, no valorado como testigo viviente del tiempo social (memoria encarnada, al modo en que era considerado en la antigüedad grecolatina, y sobre todo en las

sociedades de tradición oral y guiadas por las costumbres), ausente toda transmisión de los mecanismos sociales de reproducción..., en esa situación en que las diferencias se proscriben socialmente cada vez más, y se privilegia la indiferenciación, de manera que no se valora positivamente la diferencia sexual, pero tampoco la diferencia generacional, y dado que si alguna edad cuenta como valor en sí misma ésta es precisamente la juventud, en ese contexto, decimos, se considerará positivo que el rejuvenecimiento (que más que proporcionársele al anciano, se le exige), se convierta en una especie de mimesis del comportamiento juvenil, remedo que exige despojarse de todo pudor y que suele acabar, en opinión de buena parte de los asistentes (y sobre todo de las asistentes) a nuestros grupos de discusión en la manifestación de una sexualidad anciana que intenta expresarse con los oropeles del comportamiento juvenil. No se trata tanto de la negación de una sexualidad anciana, cuanto del rechazo de la patética negación de la diferencia generacional, del hecho de que un viejo no es un joven.

“Luego yo veía ahí a gente mayor que hacían el ridículo, se ponían a bailar... gente de 73 años y luego buscando hombres a mujeres y yo eso... para mí eso... ¡Dios mío!, ¿cómo esta gente tan mayor, tan vieja... (risas) podían hacer esas cosas?... Se miraban, bailaban, eso me produjo una pena... ¡Huy, por favor a lo que podemos llegar! Luego se peleaban hasta por los hombres... pero ¡Dios mío de mi vida!, pero ¿esto puede ser? Eso no me gustó”. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

“Yo, una vez cuando salieron ahí algunas diciendo que habían conocido a unos señores pero mayores... ellas tenían setenta y tantos años, y que se habían ido con ellos ese mismo día, pero bueno, ¿de qué van estas mujeres?. Digo: ‘pero ¡qué asco, por

Dios!’” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

“Yo fui esa vez a Ibiza, estuvimos 15 días, y dije: ‘no sé cómo personas tan mayores pierden el sentido de esa manera’.” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

Se trata, al parecer, de un comportamiento típico de este tipo de viajes, propiciados frecuentemente por los propios animadores de los mismos y que, según dicen en nuestros grupos, han creado la mala fama de los ancianos (de los ancianos del INSERSO) en la industria hotelera de nuestro país. Hombres y mujeres que se buscan entre sí, mujeres que discuten o se pelean por hombres, mujeres que se disfrazan de jovencitas, semidesnudas, juegos de las prendas... Una sexualidad que no se corresponde con la condición de anciano, razón por la cual resulta patética en su propio exhibicionismo. Todo sucede, en definitiva, como si la sexualidad del anciano sólo pudiera ser vivida y manifestada mediante patrones juveniles o, para ser más precisos, como si sólo existiese la sexualidad en su manifestación juvenil.

Es verdad que todo esto se rechaza en los grupos de discusión que hemos realizado; pero no por ello parece dejar de ser una práctica común, si hemos de creer lo que la crítica anterior señala. Todo parece apuntar a que este comportamiento, animado según se dice por quienes conducen estos grupos, encuentra en la propia perplejidad del anciano su caldo de cultivo. En efecto, sólo parece que pueda explicarse por la convergencia de dos aspectos presentes en la vida de buena parte de los ancianos: la soledad y la dificultad para construir un mundo subjetivo (y, en ese sentido, también afectivo) propio.

Todo se desarrolla, en definitiva, como si una sociedad incapaz de proporcionar a sus mayores un lugar de dignidad y respeto, vinculado a la transmisión social,

descargase su mala conciencia (si es que la tiene) suministrándoles toda una serie de actividades y de disfrutes capaces de velar en la conciencia del anciano, a la par que en la conciencia social, su verdadera condición de apartado. Se da la paradoja de que la prolongación de la vida conseguida por las ciencias y la tecnología médicas tiene lugar precisamente en una sociedad que no sabe qué hacer con sus ma-

yores, una vez que éstos han abandonado la esfera productiva, con lo que la longevidad adquiere de modo muy particular las peculiares características de la vida en las sociedades modernas, vida que se valora en sí misma y por sí misma, con absoluta inconsciencia respecto de sus fines, propósitos o contenidos. Nada de esto importa, sino la vida misma, la vida en su dimensión biológica.

La enfermedad: la vejez

Con la vejez se abre una etapa más de la vida, o esa es la manera en que se quiere percibir... mientras no haga su aparición la enfermedad.

“Yo cuando me jubilé estaba contentísimo pero vino la desgracia que me jubilé y estoy siempre con los médicos, y no tienes ánimos para nada”. (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

Lo cierto es que la vejez corporal llega, en el mejor de los casos, despacio y un poco en silencio. Apenas se empieza a notar que ya no es como antes; que los reflejos comienzan a fallar, que los miembros empiezan a resentirse, o que la memoria ya no es tan buena... Aunque se sientan más jóvenes que sus equivalentes de generaciones anteriores, lo cierto es que estos avisos del cuerpo empiezan a requerir una cierta adaptación (uno acaba por acostumbrarse a que el cuerpo se resista), y a presagiar la llegada de la enfermedad, cuyo temor cimero no es ya la enfermedad misma, sino la dependencia del otro en

que puede concluir.

“... Porque el problema que tenemos todas, o pienso que la mayoría de las personas mayores, es que el día de mañana te encuentres un poco de salud, digámoslo así en plan eso, un poco pocha, y que tengas que depender de alguien.” (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media.)

La enfermedad llega finalmente, y entonces sobrevendrán la tristeza y la angustia, porque la enfermedad pone de manifiesto que no se trata de una etapa más de la vida, sino de una etapa final.

“Y todo eso te hace un poco reflexionar lo que puede ser tu vida de aquí en adelante y más si te quedas invalida. Mi marido ha salido, pero ya está marcado y eso me apena un poco”. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

Puede tratarse de la enfermedad propia, pero también de la ajena. Esto es lo que sucede en muchas ocasiones en el seno

de los matrimonios, en los que la enfermedad de uno de los cónyuges arrastra inevitablemente también la vida del otro hacia ese precipicio de tristeza y angustia.

“¿Qué quiere que le diga yo?, mi vida, estoy casada, pero...”

Tendrá sus cositas también.

... sí, a mí marido le dieron dos infartos, y no podemos salir a ningún sitio, y ahora está ciego...” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

La enfermedad es generalmente percibida con carácter episódico en nuestras sociedades. Se vive como una alteración de la homeostasis corporal, de carácter temporal y, por tanto, generalmente reversible. Uno cae enfermo y es curado, sale de la enfermedad. En la "cultura de los analgésicos" (Kolakowski) en que vivimos, donde cada necesidad encuentra su correspondiente y adecuado objeto de satisfacción (pero sólo míticamente: ese es el señuelo del mundo del consumo). Y donde, igualmente, la enfermedad encuentra su remedio adecuado; eso es, en definitiva, a lo que nuestra moderna farmacopea nos ha acostumbrado. Para cada enfermedad un remedio, lo que incrementa la presión, indudablemente, sobre el sistema sanitario. Se trata, naturalmente, tan sólo de una ilusión (eso sí: de una de las más queridas ilusiones de nuestra sociedad). Pero su eficacia llega hasta el punto de que la enfermedad no parece tan sólo una disfunción sino, incluso, una especie de anomalía moral y estética, algo que viene a interrumpir las gozosas propuestas de nuestra sociedad de consumo al mostrarnos esa otra cara de la realidad que nos negamos cotidianamente a ver.

Pero no es esta enfermedad aquella de la que hablamos; la enfermedad del an-

ciano, que hace que la vejez aparezca con carácter ineludible e irreversible, deshace toda ilusión; ya no será episódica, sino que se cronificará o dejará secuelas irreversibles; para ella ya no existen los remedios adecuados. La enfermedad se aparece, entonces, como un estado. Es, propiamente, la vejez, ese deterioro que entonces empieza uno a ver en sí mismo y que trae las evocaciones de la miseria que antes sólo se adivinaba en los otros.

La enfermedad ya no será, entonces, un episodio de alteración del equilibrio corporal, una ruptura temporal y reversible de la homeostasis. Para ello parece más adecuada otra metáfora: sería la manifestación de un desgaste por uso, que en la metáfora mecánica empleada en los grupos, empieza a dejar ver las goteras de nuestra maquinaria corporal, y a requerir de continuos parches. Pero se tratará ya de parches que requerirán, a su vez, nuevos parches, que no repararán nunca aquello que el uso ha desgastado irremediablemente. Esta metáfora mecánica tiene pleno sentido por cuanto nos habla muy gráficamente de un sistema que sólo admitiría reparación por sustitución de sus piezas; nos habla, entonces, de una imposible recomposición, de la inexistencia, esta vez, de un objeto adecuado para nuestras necesidades y deseos; esa enfermedad que es la vejez funciona, entonces, como una especie de "analizador" que vendría a desvelar el carácter ilusorio del discurso del consumo en el que todos estamos instalados. Por eso se la teme a la vez que se la aparta.

El zarpazo de estas enfermedades que se cronifican o dejan su huella indeleble suele ser repentino e inesperado. Se trata de las hemiplejías, de los infartos, de las embolias, etc., que se relatan en nuestros grupos discusión como episodios iniciales de un proceso de deterioro que se estabiliza en cuanto tal o se agudiza progresivamente.

“Que hagas tus funciones, tu vida dentro de la normalidad, dentro de los años que tienes, que puedas hacer tu comida y tus tareas, no como cuando eras joven...; pero ya cuando tienen que hacerte todo es cuando realmente te tienes que sentir vieja y sin vida y sin nada, y es cuando dices: ‘pero ¿qué hacemos aquí?’” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Esto no implica, naturalmente, que la enfermedad no haya aparecido anteriormente. Pero se tratará, en esos casos, casi siempre de alteraciones en los parámetros clínicos, sin manifestación sintomática. Así, se dirá que a ciertas edades quién no tiene el colesterol alto, quién no una cierta descompensación de la tensión, quién no se levantará por las mañanas con el cuerpo dolorido... Se trata, todavía, en este nivel de deterioro corporal, de parámetros perfectamente compatibles con la vida. En este momento aún son posibles los ajustes, aún tienen cabida aquí los comportamientos de modificación de aquellos hábitos que hasta entonces habían constituido al individuo.

Lo que en una persona joven supone siempre la irrupción de lo impensable, de aquello que queremos excluir de las propuestas sociales del disfrute cotidiano, vital..., en el anciano cobra carácter de ineludible persistencia. Si hasta entonces la enfermedad se consideraba como una especie de discontinuidad recuperable respecto de una normalidad homeostática, en la vejez es lo disfuncional lo que adquiere carácter de normal. El cuerpo se resiste, se muestra impotente, no obedece..., anuncia poco a poco su final, y resulta terriblemente difícil aprender a convivir con ello. Todo esto obliga, como es comprensible, a reconstruir esa relación. A partir de ese momento cambia radicalmente la relación con el cuerpo, cuyo deterioro implica un irreversible destrozamiento narcisista. Naturalmente, ese cambio no se

produce porque se hayan modificado las concepciones de la salud y la enfermedad como meras representaciones ideológicas, sino más bien por la irrupción de lo real en el terreno de la representación (un real que, propiamente hablando, carece de representación posible).

Ahora bien, ¿cómo aceptar un cuerpo enfermo y atravesado por la enfermedad o la impotencia física? Nada nos ha preparado para eso. Lo que constituían nuestros hábitos de vida normales, que el cuerpo aceptaba de mejor o peor gana, aparecen ahora como agresiones a él; sencillamente, el cuerpo nos separa de nuestra cultura, ya no coincide con ella, cuando ha sido ella la que nos ha constituido incluso corporalmente.

Nos interesa dejar claro este punto. En estas edades, lo que se denominan hábitos saludables son alteraciones de los hábitos comunes, aquellos que forman parte de una cierta normalidad social. Hábitos que han ido constituyendo el modo en que cada individuo organiza su cuerpo, sus pulsiones y sus placeres en el interior de una cultura y una sociedad determinadas. Una vez organizado ese cuerpo, no parece haber más razón para alterar tal estado de cosas que la aparición de la enfermedad, o al menos la amenaza de la misma (bajo la forma, a veces, de las mencionadas alteraciones en parámetros clínicos, antes que de síntomas, que por tanto se descubren tardíamente o de un modo inesperado, muchas veces, en la rutina de los exámenes médicos habituales en muchos centros de trabajo). No hay, por tanto, preparación previa, a partir de una cierta edad, salvo que estos hábitos "saludables" se hayan incorporado previamente a nuestros usos y costumbres. No existe ninguna revelación en el camino de Damasco, excepto cuando es nuestro propio cuerpo el caballo que nos apea a mitad de camino.

¿Hay diferencias entre hombres y mu-

eres en este proceso? Ateniéndonos al discurso, que es nuestro cometido, tan sólo podemos señalar el modo en que las mujeres perciben el envejecimiento de ellas y ellos, modo en su opinión claramente diferente en lo que tiene que ver con las distintas capacidades para soportar el dolor físico (vinculado a las enfermedades de la edad), y el dolor "moral" (relacionado no sólo con el cuerpo, sino también con los cambios familiares y sociales que se van produciendo alrededor de quienes se van adentrando en la vejez).

"... Tienen más miedo al dolor, pero las mujeres como desde que tenemos el primer hijo estamos hechas más al dolor y al sacrificio de los hijos, y te olvidas de ti, porque te olvidas, porque también te encuentras bien porque eres joven, pero el hombre en cuanto le da el primer dolor que no le ha dado nunca se encuentra gravísimo. (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja.)

En efecto, las mujeres entienden que ellas envejecen mejor en un sentido muy preciso: soportan mejor los dolores, se quejan menos, siguen trabajando en sus quehaceres domésticos... Ellos serían más aprensivos, se quejarían más, soportarían peor las limitaciones de la enfermedad... Todo ello tiene que ver con una idea de la feminidad vinculada al dolor y al sacrificio, idea muy arraigada en nuestra cultura. Por una parte, el cuerpo de la mujer sería un cuerpo doliente, un cuerpo del que el dolor formaría parte natural; no como alteración de ninguna homeostasis, sino como componente normal de su funcionamiento. Las mujeres se acostumbran al dolor, según aseguran, desde la primera regla hasta el parto, y lo aceptan de un modo natural, prácticamente cotidiano. Por otra parte, "están hechas" también al dolor "moral", al sacrificio que requieren los hijos y la familia y que exige un cierto

olvido de sí mismas. Por esta razón soportan también mejor que los hombres –según aseguran– el dolor que podemos considerar "moral", sencillamente porque se saben una pieza fundamental de la familia y del funcionamiento de sus engranajes, teñidos por dolores y frustraciones. Según ellas lo explican, recuerda bastante a las maldiciones bíblicas: el dolor para la mujer, la fatiga para el hombre..., de manera que este último teme al dolor y se vuelve aprehensivo, porque es una especie de anomalía en su cuerpo y en su vida, mientras que resulta familiar para ellas, conviven con él y no les parece extraordinario cuando llega.

4.1. La oralidad: alimentos, tabaco y alcohol

No se trata, como decíamos, de que nuestros mayores hayan abrazado la fe de la medicina preventiva. Se trata, simplemente, de que el cuerpo (y, más tarde, el médico, convirtiendo en discurso la quiebra del primero) han señalado un límite, traspasado el cual la continuidad de los hábitos adquiridos daña ese mismo cuerpo que han constituido.

"No me cuido porque, en realidad, yo hago todo lo que puedo hasta que pueda... no lo sé cuando tardaré en reprimirme de ciertas cosas; últimamente he tenido la tensión alta y me dijeron que no comiera con sal, y yo sigo bebiendo, por las tardes me suelo tomar un whisky, y al mediodía un vino, y hasta ahora funciona bien. Vamos a ver qué duraré". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

"Cuando ya tiene uno algo, que el médico te lo dice; si no, no se hace, al menos yo.

Bueno, cuando tienes una edad siempre evitas grasas, yo era muy choricera, me en-

cantaba el chorizo y yo ahora el chorizo es que... no me lo han prohibido pero mi propio cuerpo ya no lo admite.

Como mi marido tiene que llevar un régimen severo, pues ya todos.

Claro, sin sal, pues yo también sin sal.

No es porque no me apetezca, pero ya dices: bueno...

Y tú mente ya... y como yo quiero conservarme dentro de lo que pueda bien, pues digo lo hago y ya está, en eso sí soy disciplinada. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

Entiéndase bien: no se trata de la sustitución de unos hábitos por otros, sino de la renuncia.

“Yo tomo mucho yogurt, porque me lo manda el médico, todo lo que lleve calcio, fruta..., todo eso me lo tomo porque son sanas.

Y antes apetece un bocadillo de chorizo o de sardinas.

Ahora apetece también, pero no me lo puedo tomar.

Y de anchoas...

¡Ay!, las anchoas. ¡Madre mía!

UNO SE LIMITA...

(Todas). Sí.

En eso es donde notamos que somos más viejos. (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

“Tener fuerza de voluntad, ves la comida tan rica y no te lo puedes comer”. (Mujeres

de 74 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Se reprime la ingesta de determinados alimentos, es decir, se renuncia a ellos: no se trata, como ingenuamente podría creerse, de que en lugar de los antiguos hábitos se coloquen otros que ya no incluyen tal alimento, como si el cuerpo fuese un mecano de piezas intercambiables. El cuerpo (las pulsiones, los placeres) está individualmente conformado de acuerdo con reglas colectivas; y lo que hasta ayer nos constituía no puede reemplazarse, de pronto, sin que tal sustitución se sienta como pérdida. Y conviene señalar, aunque sea incidentalmente, que se trata de una renuncia sin elaboración; es decir, de una renuncia que no se sutura porque, verdaderamente, no encuentra una contrapartida exacta y positiva, sino, en todo caso, negativa; no se trata de renunciar para recuperar la salud, sino más bien para no seguir perdiéndola, para reducir el ritmo del deterioro, etc. En el horizonte no está ya la salud, con lo que la renuncia adquiere siempre un sentido dudoso al carecer de una meta final.

Esa renuncia afecta fundamentalmente a la oralidad. No es extraño, por tanto, que se oiga en nuestros grupos de discusión hablar de la comida con tan evidente placer... de las comidas que ya no se pueden hacer, naturalmente. Más placentero, indudablemente, cuanto más prohibido. Las renunciaciones suelen ejercerse sobre el tabaco, el alcohol, la sal y las grasas..., generalmente en relación con la aparición de una ligera diabetes, hipertensión o colesterol alto. Tampoco es infrecuente que se mencionen trastornos digestivos (como la hernia de hiato). Y, por supuesto, todo tipo de intervenciones quirúrgicas que a veces se ensañan con un mismo individuo.

Conviene observar que estamos hablando de placeres orales, que son probablemente de los últimos en retirarse cuan-

do el cuerpo ya ha dejado de satisfacernos en otros sentidos. Cuando ya ni siquiera nos brinda el placer (que sólo apreciamos como tal cuando lo perdemos) de la elasticidad y la falta de resistencia a nuestros propósitos de movilidad, cuando la libido parece también irremediablemente perdida, sólo lo oral nos proporciona todavía placer. Y, en ese sentido, los cambios que introducimos son renunciaciones, porque no es que perdamos el gusto por la comida, sino que ésta deja de ser inocente y se constituye en una especie de enemigo para un cuerpo deteriorado (aunque, ciertamente, tal como se vive, el verdadero enemigo es el propio cuerpo).

Es difícil, entonces, que haya operaciones de cambio de hábitos con carácter meramente preventivo si el cuerpo no ha dado antes alguna señal de aviso; recuérdese que tal cambio de hábitos significa renuncia.

"Cuando se tiene 65 años y no le duele a uno nada te sigues tomando tu whisky, y yo me tomo mi cerveza." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

Por la misma razón, en la mayor parte de las ocasiones, salvo que haya una prescripción médica precisa, será el propio cuerpo el que señale la cuantía de la renuncia; dicho de otro modo: se renuncia lo menos posible al menor número de cosas posibles, mientras el cuerpo no se queje, no nos avise, convirtiéndose así en la medida del exceso.

Es evidente que la forma en que hemos regulado nuestros placeres corporales se resiste a las llamadas de atención de nuestro propio cuerpo; la cultura se alza sobre la materialidad corporal de un modo inevitable, y sólo cede cuando el cuerpo ya no aguanta. Es ésta una buena prueba de la dificultad con la que tropiezan siempre las políticas preventivas en materia de salud. Una vez que el cuerpo se

ha socializado en una determinada regulación de los placeres corporales, tal regulación supone, en un sentido totalmente literal, un patrón corporal. El cambio de hábitos no puede hacerse sin esfuerzo; y generalmente no basta el esfuerzo consciente, voluntario y meramente preventivo: se previene, en todo caso, respecto de males mayores, pero es la experiencia de la enfermedad (o al menos la señal de alarma que pueden darnos los análisis clínicos, en ausencia de síntomas), la vía de acceso a la posibilidad de la instauración de nuevos hábitos más saludables.

Y queremos insistir sobre la idea de posibilidad, porque no siempre bastan, como hemos podido ver, las representaciones; es decir, no bastan los nuevos discursos sociales para que incorporemos automáticamente tales hábitos saludables (contrariamente al modo casi inmediato en que nuestros gustos se configuran por la moda). Hace falta que algo en lo real de nuestro cuerpo se oponga a representaciones anteriores, y a hábitos precedentes. Incluso un clima de asfixiante presión social (como sucede ahora con el tabaco) habrá de contar con la enfermedad o, al menos, con el temor de su aparición, como aliado eficaz. De lo contrario, la instauración general de nuevos hábitos saludables encontrará serias resistencias en su camino.

Conviene señalar, además, que las políticas de prevención en materia de salud suelen pasar (no se sabe si cándida o perversamente) por encima de dos aspectos fundamentales. Hemos señalado ya el primero de ellos: que cuando se habla de prevención, y se proponen nuevos hábitos, se suele hacer sobre la base de un modelo mecánico y abstracto, como si una pieza pudiera ser sustituida por otra sin que ello afectase al conjunto. No se tienen en cuenta, efectivamente, los aspectos pulsionales de los hábitos, con lo cual, por cierto, se suele apelar a la racionalidad (en realidad, a una racionalidad absoluta y porten-

tosa, una racionalidad sin cuerpo, de la que nadie dispone) lo que, a la postre, acaba marcando a quien no puede cambiar completamente sus hábitos con el estigma del déficit moral (siquiera sea por mediación de la falta de voluntad). El segundo es que resulta casi sarcástico hablar de prevención para la salud en un cuerpo progresivamente abandonado por ésta. Es el miedo a la enfermedad o, incluso, a la pérdida de la vida, el verdadero motor de los cambios en los hábitos; y tiene siempre el sello de la renuncia.

Ahora bien, ese cuerpo que comienza a manifestar su deterioro puede ser también el de otro, como hemos señalado anteriormente. No es infrecuente, veámos, que uno de los cónyuges retire la sal de sus platos, cuando el otro la tiene prohibida. Pero, de otra manera, sucede algo parecido con la desaparición de familiares, amigos y conocidos. En efecto, precisamente porque a esas edades las pérdidas de seres queridos o conocidos son más frecuentes, parece inevitable que sobre cada individuo planee la amenaza de la hipocondría. Las enfermedades o las pérdidas en los otros o de los otros producen, en efecto, la alarma que conllevará la consideración de la salud como un bien que comienza a ser escaso en nosotros y a nuestro alrededor.

“A nuestra edad tenemos muchas experiencias de gente, amigos, gente querida que ha ido desapareciendo, y lo que a los 20 años no nos preocupa, porque no conocemos a nadie que se haya marchao..., sólo por accidente de coche, resulta que a nuestra edad, tenemos en nuestra mente, estamos condicionados por las experiencias de todo lo que hemos vivido”. (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

Esta hipocondría, ligera o severa según los casos, conduce inevitablemente a la consulta del médico, y favorece los mencio-

nados cambios de hábitos. Es también uno de los rasgos característicos de esa nueva relación con el cuerpo que se inaugura con la presencia de los primeros males de carácter ya crónico o irreversible, o al menos con la amenaza de su presencia en nuestro cuerpo. Es evidente que no se trata, sin embargo, de una hipocondría totalmente patológica, pues no estamos hablando de males imaginarios. Los males existen, y la hipocondría viene ser una manera de intentar tratar con ellos. No es, sin duda, la mejor, pero parece imposible pensar que pueda el anciano dejar de escuchar su cuerpo, cuando el deterioro progresivo e irreversible, la resistencia o incluso la impotencia, constituyen sus características principales.

Tampoco aquí encontramos diferencias discursivas que apoyen la idea de la existencia de diferentes modos, según los sexos, de abordar la enfermedad y sus renunciaciones. Lo dicho hasta el momento a este respecto es común a ambos. Quizá, leyendo muy entre líneas, podría afirmarse la existencia de una mayor predisposición a la hipocondría en los hombres, algo que apoyaría expresamente el discurso de las mujeres, para quienes aquellos son mucho más aprensivos que ellas.

4.2. La sexualidad anciana

La sexualidad anciana requeriría de un estudio propio para poder decir de ella algo verdaderamente consistente. En nuestros grupos, este aspecto de la vida del anciano constituía uno más de los muchos que había que explorar, por lo que en ocasiones está construido a partir de referencias indirectas, como aquellas que hemos visto a propósito de los viajes del INSERSO. Con todo, algo podemos decir de ello.

Hay, sin duda, pérdida de libido a estas edades, sin que puedan descartarse, por ello, casos de deseo y potencia sexual

conservados. Pero lo normal parece ser más bien el retraimiento del deseo sexual o su sublimación en la ternura. No es claro que se trate siempre de un deterioro orgánico. Desde luego, en la mujer la menopausia no implica necesariamente el fin del deseo. En el caso del hombre, es verdad que podemos encontrar obstáculos orgánicos o incluso efectos iatrogénicos (efectos secundarios de algunos tratamientos); puede haber también temores hipocondríacos... Pero, por lo que hemos podido oír en el discurso que analizamos, es más fácil pensar que sea la pérdida de investimento narcisista del cuerpo anciano, tanto en hombres como en mujeres, lo que debilita o pone fin al deseo. Hablamos del cuerpo propio, pero es indudable que resulta, también, difícil investir libidinalmente el cuerpo del otro. Esto afectaría, desde luego, a las relaciones eróticas genitales, pero el deseo puede, sin embargo, sobrevivir bajo la forma de la sublimación en la ternura, e incluso en una ternura que no desdeñe el contacto físico íntimo.

"... Yo creo que es una edad para vivirla intensamente y muy bien..."

Sí, sí, por supuesto.

... vivir una caricia, conciertos, vivir cosas que todavía nos quedan por disfrutar..."
(Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

En nuestros grupos los hombres hacen chistes para referirse a su propia sexualidad; se trata, obviamente, de un asunto difícil de abordar si no es por la mediación de la distancia que supone siempre el humor. Hay alusiones a la pérdida del deseo, y de la potencia sexual, más frecuentes, lógicamente, cuanto mayores son.

"... Por las tardes me suelo tomar un whisky, y al mediodía un vino, y hasta ahora funciona bien; vamos a ver qué duraré."

Eso de 'funciono', ¿qué quiere decir?

Pues no, eso no va por ahí...

Puede ser también... (risas)". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Las mujeres bromean menos con esto. Pero también hablan de su pérdida del deseo por mediación de la crítica al sexo opuesto: los hombres están equivocados, creen que las viudas tienen "necesidades" de las que en verdad a estas edades se carece (así, al menos, lo plantean).

"A los hombres, cuando llegan a una edad se creen que la vida se les ha terminado y entonces van a por todas, a ver si ya echamos el último eso..."

Y también, que se creen que porque eres viuda... ¡hala!

Que estás necesitada.

Sí, van con mucha picardía al inserto, hay quien va sólo..." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Se refieren también a la destrucción de un narcisismo corporal que, verdaderamente, sólo puede sostenerse sobre un cuerpo joven, y lo hacen de una manera muy precisa: les parece inimaginable el deseo del cuerpo marchito de un otro desconocido, respecto del cual no existe la mediación de la dignidad que los años de convivencia dan al roce de los cuerpos que se conocen y reconocen en lo íntimo y lo cotidiano. No se imaginan, dicen, acostándose con un viejo (y aquí el término adquiere una innegable dimensión peyorativa). Otra cosa es el marido, cuyo cuerpo ha envejecido con el propio, a su mismo ritmo y de la misma manera.

"Ya, pero te vas haciendo mayor y van pasando los años y a tu marido lo ves como"

una cosa normal. Mi marido me decía: 'Yo a ti, te digo la verdad, no me voy dando cuenta que te haces mayor, te veo bien... pero es una cosa que va pasando...' Y hablando, eso, de irme a la cama con un viejo... eso... un viejo como yo... (risas)' (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Si no se ha perdido por completo el deseo por el otro de la pareja, es esa dignidad que mencionamos la que hace que el encuentro sexual carezca del patetismo que se percibe, por el contrario, en esos otros encuentros abruptos que se dan al amparo del remedo imposible de una sexualidad juvenil.

En el modo en que las mujeres hablan del imparable proceso de deterioro corporal y de pérdida del narcisismo, se observa una cierta equivalencia entre coquetería y juventud, bajo una forma social que recupera oropeles juveniles, sin que ello implique una diferente vivencia del cuerpo y de la sexualidad. En efecto, hay un cierto "juvenecimiento" social de manera que ahora los viejos, ellos y ellas, pero sobre todo ellas, se muestran (a la mirada) más jóvenes que antes a la misma edad, según afirman. Hay razones para ello: la vida es menos dura, con lo que el cuerpo se deteriora más tarde, y las mujeres se cuidan más, con lo que mantienen -afirman- su coquetería hasta más tarde también. Se trata de una coquetería social; antes las mujeres se pasaban media vida de luto, sumando años de negro por la muerte de terceros. Ahora eso ya no se hace. La imagen corporal de una mujer es diferente ahora a cualquier edad. Ese cuidado nos habla de la imagen del cuerpo; pero es imagen social, coquetería social que no equivale a la conservación del narcisismo corporal o de la libido... Hay un dato revelador al respecto: pueden vestirse y arreglarse de un modo más juvenil que antes... y sin embargo no mirarse ya al espejo.

"Yo ya no me miro al espejo; pero digo, hombre, pues todavía me puedo poner para presumir un poquito. (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

4.3. El ejercicio

A juzgar por las manifestaciones de los participantes en nuestros grupos de discusión, es frecuente que hoy día los médicos receten casi universalmente dos remedios de lo más barato (además del Lexatin): caminar y tomar agua en cantidad suficiente.

A diferencia de la introducción de ciertos nuevos hábitos que suponen renuncia a otros más queridos, el ejercicio es la prolongación de la actividad física realizada antes de la jubilación (apenas presente en nuestros grupos), o bien su introducción como un nuevo hábito allá donde no existía antes. La ventaja de éste, siquiera se trate tan sólo de caminar, consiste básicamente en que muestra inmediatamente sus beneficios terapéuticos, y que tales beneficios aportan indudable placer: el placer de sentir un cuerpo que da señales de una vitalidad renovada, se trate del rejuvenecimiento del aspecto, de una cierta recuperación de la agilidad, etc. No es infrecuente por tanto que, preguntados por el cuidado de la salud, en casi todos los grupos de discusión se responda con las distintas modalidades de ejercicio practicadas por cada uno. El ejercicio viene a convertirse, de esta manera, en una suerte de emblema de la recuperación (siempre problemática y parcial) de una salud perdida. Lo más frecuente, como hemos dicho, es andar (así, por ejemplo, en la popularmente denominada "ruta del colesterol", en Coslada). En segundo lugar parece estar la piscina y la gimnasia, actividades que ya aparecen en el contexto de una cierta programación por parte de los centros de mayores.

Esto último tiene una doble lectura: por una parte, que se trata de actividades que difícilmente se practican si el anciano se encuentra al margen de las redes sociales que tejen las instituciones. En efecto, aquel anciano que se encierra en casa, o cuya vida social se desenvuelve por completo ajena a los centros de la tercera edad, podrá caminar, pero difícilmente se ejercitará en las dos actividades mencionadas, natación y gimnasia. Y otra no menos interesante: en muchas ocasiones es la búsqueda de un nuevo ámbito de relaciones sociales lo que conduce a estos centros de la tercera edad, entre cuyas actividades se encuentran siempre las actividades físicas. Se llega a ellas, entonces, en muchas ocasiones, buscando recomponer la vida social, antes que el cuerpo deteriorado.

"... Mis hijos los primeros: 'ahora mismo mamá te vas a la gimnasia', y desde entonces estoy yendo sin faltar, y me encanta por eso, porque además charlo con las mujeres..."

La comunicación es lo más importante.

Yo voy con mis amigas, yo sola no voy.

Es que allí también haces amigas." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

Ahora bien, que el ejercicio muestre con cierta rapidez su eficacia terapéutica no quiere decir que, para muchos, no sea considerado fundamentalmente como una obligación de la que prescindirían gustosos si no fuera porque han entrado en una etapa en la que el cuerpo requiere cuidados constantes y no ocasionales. Para la mayoría de los participantes en nuestros grupos de discusión, la realización del ejercicio físico no constituía una prolongación de actividades realizadas con anterioridad; en ese sentido, tenían el mismo

valor que los cambios en los hábitos orales (un cierto carácter de renuncia), pero su práctica muestra siempre después un componente positivo perceptible, de naturaleza muy distinta. En efecto, los cambios en los hábitos orales muestran su carácter de renuncia por el hecho de que aquello que se deja de ingerir no es sustituido por ninguna otra cosa que proporcione un placer equivalente; no hay sustitución, propiamente dicha, sino mera renuncia. Y el efecto buscado es más bien de orden negativo: dejar de padecer molestias o reducir algo tan abstracto como ciertos niveles en una analítica, cuando no se corresponden estrictamente con dolencias perceptibles. El ejercicio, por el contrario, produce efectos positivos perceptibles: se sienten en el cuerpo no ya sólo como ausencia de una molestia previa, sino incluso como presencia de sensaciones perdidas (la agilidad o el resuello recuperados, la elasticidad, etc.), algo que remite inmediatamente a la idea positiva (en la doble acepción del término) de rejuvenecimiento.

4.4. La visita al médico

Bien por una cierta hipocondría, bien por la existencia de daños reales en el cuerpo, lo cierto es que a partir de una determinada edad las visitas al médico se hacen más frecuentes. Como se dirá en alguna ocasión, la jubilación es sinónimo de la frecuentación de los centros de salud para conseguir las recetas que ya formarán parte habitual de la vida del jubilado. En algunos de los grupos de mujeres aparece, sin embargo, un matiz interesante al respecto. Reconocen que hay muchos ancianos, de ambos sexos, que "se pasan la vida en el médico", buscando alivio más en su comprensión que en sus recetas. Y saben que en muchos casos esto forma parte inseparable de la vejez. Pero aseguran que junto a esta frecuentación más o

menos hipocondríaca o que busca un cierto acogimiento en el lugar equivocado, hay también excepciones, ancianos que afrontan la vejez y sus enfermedades de una manera radicalmente opuesta; aquí no especifican que este comportamiento tenga que ver con los sexos, sino más bien con una manera de afrontar la vida... y la muerte. Se trataría de aquellos individuos que no quieren saber de la enfermedad (y por tanto de los médicos), porque temen sucumbir precisamente a la hipocondría, o simplemente rechazan convertirse para sí mismos y para los demás en meros enfermos. Y no se trata de no saber en el sentido de negar la existencia de la enfermedad, sino de no observarse demasiado para no tener que compadecerse a sí mismos. Estos ancianos prefieren que "cuando le dé, le dé fuerte", para no tener que arrastrar la enfermedad, para que ésta no sea coextensiva de la vejez.

A pesar de que la propia medicina se haya esforzado en prolongar la vida de los individuos, el tratamiento de la enfermedad sigue siendo una asignatura pendiente en el caso de las personas mayores. Como la sociedad, tampoco la medicina sabe muy bien qué hacer con el viejo, cuando aparece la enfermedad, principalmente si ésta no tiene el carácter específico de un episodio agudo, de una lesión, etc. De ese tipo de trato renegarán siempre los viejos, porque supone en definitiva una manera real de no atender al paciente por el mero hecho de que ha cumplido años, como si el médico pensase que la imposible recomposición de una homeostasis no merece atención alguna. El problema es que esa homeostasis imposible no es ninguna abstracción, es un individuo sufriente.

"Tú cuando vas al médico te dicen: 'Mire usted es que me duele esta pierna', tal, y lo primero que te dicen: 'Eso son los años', y como dijo uno: 'Ésta tiene los mismos y

no me duele' (RISAS), pero siempre te dicen: 'eso son los años'". (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

Como el resto de la sociedad, tampoco la medicina sabe muy bien qué hacer con los ancianos. En ello parecen darse cita dos aspectos relacionados pero diferentes, si seguimos el discurso de aquellos:

- Por una parte, la tendencia imparable de una medicina cada vez más tecnificada a considerar la enfermedad como un hecho que puede independizarse del sujeto enfermo. En otros estudios hemos podido comprobar la repugnancia apenas disimulada de jóvenes médicos por tener que tratar con el aspecto doliente de la enfermedad, que es el paciente. Pero sin duda aquella seguirá siendo, como hasta ahora, una dolencia del cuerpo y del sujeto. No se trata, naturalmente, de una tendencia que tome forma, tan sólo, en el tratamiento del anciano, ni que sea reciente. Hace ya tiempo que el neurólogo e investigador Oliver Sacks señalaba el modo en que la medicina separa enfermedad y enfermo: *"En un historial clínico riguroso no hay 'sujeto'; los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida ('hembra albina trisómica de 21'), que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige y que lucha y padece) hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; sólo así tendremos un 'quién' además de un 'qué', un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad... en relación con el reconocimiento médico físico"* (El hombre que confundió a su mujer con un sombrero, Ed. Anagrama, 2002; 1985, en el original). "Situación de nuevo en el centro al

sujeto" sería el reto de una nueva medicina, tanto más imperioso cuanto más débil es su subjetividad; pero no es, desde luego, lo que se practica en nuestras instituciones sanitarias. En el caso del anciano, precisamente por el carácter irreversible de buena parte de sus dolencias, la situación es siempre más angustiosa.

- Por otra parte, es en el anciano donde más claramente muestra la medicina sus límites. En efecto, la medicina ha probado su eficacia en el tratamiento de las dolencias agudas, y ha permitido el alargamiento, impensable hace apenas un siglo, de la vida; pero no ha podido erradicar aquellas enfermedades que van de la mano precisamente de esa prolongación. Es bastante probable que el anciano devuelva a la mirada médica la imagen de los límites de su saber, del saber de la medicina, que no del médico. Y es probable que esa imagen inquiete en exceso al profesional.

Parece difícil aceptar que lo que el anciano percibe como falta de atención no sea el resultado de la convergencia de ambos aspectos, en la práctica médica habitual.

Muchas veces la demanda del paciente no es tanto una demanda de curación (a la que ya no aspira) cuanto de sostén de una unidad corporal irremediadamente perdida, a partir del apoyo de la palabra y del afecto del médico. Algunos médicos satisfacen esta demanda; pero la mayoría utiliza como objeto de transacción, que finge responder a aquélla, la receta (incluso la receta innecesaria). Habría que ver hasta qué punto no se está empleando una parte del arsenal medicamentoso como anestésico, en su sentido literal y figurado, como una manera de encubrir las angustias de este periodo de la vida, habida cuenta de la frecuencia con que, sobre todo las mujeres, mencionan

que entre la medicación que reciben se encuentra el Lexatín o fármacos similares.

"Nos mandan medicinas que nos ayudan a seguir adelante, antes no te daban nada, yo me acuerdo de mi abuela que se la llevó una tía mía a Villaviciosa de Odón porque el médico la recetó irse allí y la pobre tenía un estado de los nervios y no la mandaban nada, y ahora te mandan Lexatín y te puedes tomar uno, dos y tres si quieres.

A mí me ha mandado el médico dos, uno por la mañana y otro por la noche.

Yo si me tomo dos me siento en el sillón y me quedo frita y eso yo no lo puedo soportar, me tomo uno.

Yo me tomaba uno alguna noche, pero ahora me ha dicho la doctora..., porque entro en un sitio y me ahogo, no es que me ahogue es que hasta me mareo, me ha dicho la doctora, pues tómate dos, me han hecho un electro y todo y lo tengo todo bien.

Yo me tomo uno por la tarde, porque si no llegan las 3 de la mañana y estoy todavía sin dormir."

" (Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)

Recetan por cansancio, pero no hacen verdadero caso a los mayores, se dirá en más de una ocasión. ¿No es precisamente la narración o el cuento del anciano -podemos decir, apropiándonos de las ideas de Sacks- uno de los aspectos de la vejez que la sociedad rechaza con mayor energía, atribuyéndoselo precisamente como un rasgo negativo y característico? ¿No son precisamente los cuentos de los viejos lo que no queremos oír de ellos?

Que ese apoyo no es una demanda infrecuente puede verse en la valoración

muy positiva de la incorporación de la mujer a la medicina, por parte de los enfermos varones. No se trata tanto del saber que la mujer pueda poner en juego, del saber médico, naturalmente; se trata del trato, de la atención al paciente, de la ternura y el cariño que encuentra el anciano en muchas ocasiones en la mujer, sea médica o enfermera, y especialmente en este último caso cuando se trata del internamiento hospitalario, que constituye uno de los momentos de mayor indefensión del anciano enfermo.

“En un hospital se saca uno mejores recuerdos de las enfermeras porque son de una vocación terrible, tienen una delicadeza con el paciente... la mujer está hecha... sobre todo para el enfermo que es un ser que se encuentra indefenso... encontrarse con un ser que te da cariño, y ánimo y le trata con ternura, pues mejor que si te llega un tío con barba...” (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

La indefensión, pero también la falta de expectativas respecto de la curación, modifican la posición de la demanda al médico; la respuesta no puede ser solamente dar afecto, pero tampoco excluirlo, amparándose en un saber para el cual el sujeto es considerado mero objeto. Parece que, en términos generales, las mujeres médico suelen resolver mejor este tipo de situaciones. Lo que se juega en la consulta del médico, se trate de la atención primaria o de la especializada, es algo que requeriría un estudio por sí mismo, y en cualquier caso una mayor atención por parte de las instituciones sanitarias, cuando se trata del paciente anciano.

La perspectiva del anciano respecto de la asistencia sanitaria, considerada en términos generales, no difiere en lo esencial de la de cualquier adulto. Las quejas y, por tanto, las demandas, serán las mismas, con la diferencia de que en el caso

del anciano adquieren una dimensión de urgencia mucho mayor.

Habría básicamente dos:

- Por un lado, estaría la lista de espera.
- Por otro lado, el período entre dos consultas, en el caso de los especialistas.

Como puede verse, se trata del tiempo. Que, en el caso de un anciano, adquiere una dimensión siempre urgente, pues lo que es en un adulto o en un joven un breve período de su vida, puede suponer la mitad de la que le queda a un anciano. Se trata de una temporalidad distinta, una temporalidad que muestra siempre un carácter acuciante, urgente, por la razón obvia de la cercanía sabida (cuando no sentida) de la muerte.

La lista de espera constituye para cualquiera una desatención objetiva, pero para el anciano, cuyo cuerpo está marcado, como hemos dicho, por la presencia de una enfermedad que no admite marcha atrás, supone una muestra más, de las muchas que recibe cada día de la sociedad, de que apenas tiene existencia social, ni siquiera para las instituciones. En la relación con el especialista, aparte de los aspectos mencionados un poco más arriba, cobra especial importancia la impresión de dejadez que el paciente anciano inevitablemente se lleva consigo a la salida de la consulta, cuando cargado de recetas repara en que la siguiente visita a ese mismo doctor ha sido fijada para seis meses después. La queja (o la demanda) es clara en este caso: se entiende que cuando están sujetos a medicación regular, generalmente en dosis altas, o bien con combinaciones de medicamentos, un plazo de seis meses entre consulta y consulta no parece un período razonable si se quiere dar la impresión de que se está haciendo un seguimiento atento (recuérdese que para un anciano seis meses puede

ser el resto de su vida).

Todos conocemos la diferencia entre las medicinas pública y privada, en relación con los aspectos antes mencionados. Digamos, simplemente, por dejar constancia de ello, que la sanidad pública está colocada del lado de la eficiencia, la tecnología y el buen hacer profesional, pero adolece de defectos de trato y, sobre todo, de las famosas listas de espera, prácticamente inexistentes en la medicina privada, que sin embargo es cara (particularmente para un anciano) y menos eficiente por estructura (pues los médicos son los mismos). Aunque nada más sea por el deseo de conservar clientes, también el trato al paciente anciano parece ser mejor en la sanidad privada.

Este aspecto es fundamental. En efecto, la demanda primordial es de asistencia. El anciano sabe que difícilmente sus dolencias van a ser curadas; podrán remitir en cierta medida, mitigarse, pero difícilmente van a desaparecer por completo. No es la plena curación lo que se busca, pues la recuperación de la salud es un bien al que sólo se aspira en momentos de ingenuo optimismo; lo que se demanda es asistencia, sostén tanto para un cuerpo doliente, cuanto para una subjetividad debilitada, además, lógicamente, de la evitación de la muerte. La consulta médica tiene, en ese sentido, un papel primordial de amparo: se trata de saber que, una vez más, el hecho de ser un anciano no le coloca a uno extramuros de la sociedad, que recibe una atención a la que no sólo tiene derecho como cualquier otro ciudadano, sino que en ella está presente el acogimiento, la hospitalidad, en cuanto anciano que es.

Es verdad que no se hacen ilusiones al respecto, por lo que dirigirán entonces su mirada a la asistencia privada. Y es aquí donde, de nuevo, hace aparición la precaria situación económica en la que la mayoría viven. En efecto, la asistencia pri-

vada es cara. Imposible si han intentado contratarla ya con cierta edad. Y en cualquier caso se trata de un acogimiento mercantil, mediado por el dinero y ajeno, por tanto, a lo que sería el ideal de una sociedad hospitalaria. Pero tampoco en esto se llaman a engaño, lo saben y lo aceptan; del mismo modo que saben que sólo unos pocos afortunados podrán conseguir ese acogimiento (siquiera mercantil) con su dinero.

En ese sentido, la sanidad pública no está funcionando como el refugio al que aspira aquel segmento de nuestra sociedad más débil en el cuerpo y en la subjetividad.

4.5. La enfermedad invalidante

La vejez equivaldrá, entonces, a la renuncia; será tiempo de renuncia. Pero, mientras haya vida, difícilmente el individuo podrá renunciar a todo: siempre quiere uno aferrarse a algo, a aquello que le satisface en el ámbito de los placeres corporales, o que le enriquece en el de los intelectuales.

La vejez se nota en el cuerpo, en las arrugas y en esa falta de "productividad", es decir, de eficacia y rendimiento. Se trata de un cuerpo que se resiste -casi como si fuese exterior a nuestro yo-, a nuestras órdenes y deseos. Pero lo que actúa como sello de vejez, aquello que más se teme, es la enfermedad invalidante, que implica generalmente una renuncia casi total o total.

Los ancianos que acudieron a nuestros grupos de discusión conservaban todavía la autonomía física, si bien alguno de ellos había sido ya marcado por los primeros zarpazos de enfermedades que dejan su rastro en el cuerpo reduciendo la movilidad, o incluso dificultando el habla. Para conocer mejor la situación de aquellos otros que adolecían de un mayor grado

de deterioro físico, que no disfrutaban ya de una autonomía personal completa, y que evidentemente no podían acudir por sí mismos a las salas donde se celebraba la técnica del grupo de discusión, reservábamos las entrevistas abiertas.

Su situación no difiere en lo estructural de la descrita hasta el momento, pero su posición subjetiva se halla mucho más deteriorada, tan deteriorada como su cuerpo. Ya no pueden decir que no son viejos, pero siempre encontrarán a otros todavía en peores condiciones, podrán ufanarse de no haber perdido la capacidad de juicio, o simplemente de recordar todavía si habían comido o cenado. Es evidente que se consuelan por comparación celebrando los restos de movilidad física y de autonomía personal que aún conservan, y sobre todo la capacidad de juicio, pues a la demencia se la teme tanto como a la postración completa.

En ellos, el cuerpo, con las resistencias que les ofrece, con las dificultades que encuentran para moverse, etc., ocupa un lugar preeminente en su discurso, porque lo ocupa también en su vida. Sobre su malestar pivota su subjetividad, revelando un cuerpo que ya se ha hecho extraño. Podríamos decir, con Améry, que "Envejeciendo devenimos extraños a nuestro cuerpo y al mismo tiempo más íntimamente ligados a su masa inerte de lo que lo hayamos estado nunca" (Jean Améry. *Reuelta y resignación. Acerca del envejecer*. Editorial pre-textos, 2001). Pero es en estos cuerpos postrados donde tal doble condición de la vejez se manifiesta en su cruel plenitud.

La muerte ya no se temerá como ese "accidente" posible en la vida de todo ser humano; ni tan siquiera como el ya perceptible final del recorrido en cuyo tramo último les han situado los años. No se teme tan sólo la inminencia del último momento, sino ante todo la crudeza del recorrido que aún queda por hacer, ese su-

frimiento del que sólo cabe esperar su progreso, la degradación del cuerpo hasta la incapacidad física total, o la pérdida del juicio bajo cualquiera de sus formas.

Por esta razón el final es tan natural como decepcionante, y por decepcionante, antes propicio a la resignación que a la aceptación.

"Son los años los que nos van conduciendo poco a poco al abismo de la decepción y de la debacle final, si así lo puedo llamar, pero eso yo creo que es lo natural, el ser humano es como todos los demás seres, un algo que crece, nace, se reproduce y muere." Entrevista 5

Se puede aceptar la muerte, pero... ¿cómo hacerlo de un sufrimiento sin recompensa, sin propósito, de un padecimiento que va disolviendo lentamente al individuo sin más horizonte que el agotamiento final?

A lo que no se renuncia mientras existe vida es a la autonomía personal, a poder valerse por sí mismos. Es, también, la pérdida que más se teme.

El sentimiento de impotencia que implica la dependencia física respecto de otro, se fortalece por la conciencia de que se trata de un proceso de carácter irreversible y progresivo, y en ninguna medida ya episódico o coyuntural.

"Son los años los que nos van conduciendo poco a poco al abismo de la decepción y de la debacle final, si así lo puedo llamar, pero eso yo creo que es lo natural, el ser humano es como todos los demás seres, un algo que crece, nace, se reproduce y muere." Entrevista 5

Cuando tan poco espacio queda para la salud, es difícil que pueda hablarse con propiedad de prevención. Los ancianos que se encuentran en estas condiciones físicas, han experimentado ya la renuncia a los hábitos de vida poco saludables (in-

sistimos en la idea de renuncia). Se han resignado, pero de una manera particularmente activa, pues temen perder el resto de autonomía que les queda; la salud ya no forma parte de las expectativas, evidentemente, pero siempre existe la posibilidad de empeorar, y temen la postración, esa postración que les aislaría definitivamente de la calle y de la vida. Hacen el ejercicio que pueden o que el médico les ha prescrito, y en general parecen llevar casi a rajatabla las recomendaciones de éste. Alguna vez pueden cometer algún pequeño "pecado", pero incluso esto con una indudable medida. Si alguien cumple el ideal preventivo, son ellos: los más hipocóndricos de todos, quienes más observan, cuidan y sufren su cuerpo.

Observan tanto el devenir cotidiano de su organismo que creen comprenderlo incluso mejor que el médico; éste tiene el saber abstracto, general; ellos el saber empírico y concreto ("del cuerpo sabrán mucho los médicos, pero uno mismo sabe muy bien lo que le cae bien y lo que le cae mal").

Sin embargo el papel del médico es aquí fundamental, aunque su demanda se encuentra siempre desplazada hacia el terreno de la atención, más que de la asistencia clínica: quieren ser atendidos y escuchados (acogidos); quieren ver que el médico se toma interés por sus sufrimientos ("estar con el paciente"). De manera que la valoración que hacen del trabajo del profesional tiene siempre el valor del agradecimiento.

El anciano que ya no puede valerse por sí mismo ha sufrido, paralelamente, también otras pérdidas fundamentales. Algunos han perdido su autonomía personal, quedando necesariamente en manos

de la asistencia ajena; han perdido en muchos casos a su pareja y, finalmente, acaba por perder toda esperanza, lo que en algunos momentos puede moverle a desear el final de sus días, de manera natural o provocada.

"Estando aquí, yo ya un buen día pensaba, yo ya qué hago en esta vida, si hoy encontrara a mi alcance una medicación y eliminarme así, pero bueno..." Entrevista 2

La vejez, así, puede convertirse en un tiempo de espera de la nada, que vivido desde el sufrimiento se hace invivible (hay que "matar el tiempo"). En algunos casos, sin embargo, escuchan el eco de ese pensamiento y lo niegan aferrándose a la vida: "aunque se viva mal, siempre es la vida" ... al menos mientras se pueda uno valer.

"No me importa morirme, no tengo miedo a la muerte, no quisiera morirme mientras me pueda valer, aunque sea como ahora, pues no quisiera morirme porque la vida es muy bonita; aunque se viva mal, Siempre es la vida." Entrevista 8

Lleva, también, esa dependencia física, al aislamiento y a la pérdida de una vida social que los constituyó como sujetos, y de la que sólo quedan los recuerdos. Rememoran -y sufren-, desde su postración, la pérdida de una vida activa, en la que se sentían sujetos con capacidad de hacer. Varios son los hitos que parecen marcar esta pérdida: los amigos, que van dejando de visitarles, y sobre todo la pareja, a menudo desaparecida, y la casa donde vivieron y que han tenido que abandonar por su invalidez.

Temor al abandono

El abandono es la experiencia traumática primordial del ser humano. Nos referimos a la experiencia del abandono (no a los niños abandonados), naturalmente, que tiene todo infante por el hecho mismo de depender por completo de la asistencia ajena, de manera que, antes de toda elaboración de la presencia/ausencia de la madre, cuando ésta desaparece de su vista se produce el pánico en el infante. También en el anciano estará presente, bajo la forma del temor de que en algún momento de su vida, por evolución de una enfermedad actual o potencial, haya de depender de terceros... que podrían rechazarlo. Es todo el sistema social el que carece de lugar para la acogida; pero con todo, lo verdaderamente traumático residirá en la propia familia: el temor a verse abandonado por los hijos, fundamentalmente.

5.1. La familia

En términos generales, se tiene la con-

ciencia de que actualmente la familia no puede sostener por sí misma a sus mayores. En efecto, la concepción actual de las relaciones entre el individuo y la sociedad afecta igualmente a las relaciones familiares; si no hay transmisión generacional en la sociedad considerada como un conjunto, no cabe esperar que en el seno de la familia la reciprocidad intergeneracional pueda tener un lugar propio, aislado del resto de los ámbitos sociales.

Nadie espera ya de los hijos que aseguren el futuro de sus padres, del mismo modo que los ancianos que, a su vez, tienen ancianos a su cargo (y se nos ha dado el caso), los viven como una pesada carga. Esto adoptará la forma de una renuncia (una vez más): renunciarán a ser atendidos por los hijos, y desearán no ser para ellos una carga.

"Yo esperaba la jubilación... -dicen que viene de júbilo-, como una liberación para poder hacer lo que quiero; siempre tuve hijos y trabajé como una mula, pues ahora jubilada voy a hacer... (...) lo que pasa que

mi madre [impedida] me hunde en la miseria por el horario que tiene por la tarde: quieres ir a algo que empieza a las seis y no puedes, y tienes que depender mucho de una hija que venga..." (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

No depender de los hijos será, entonces, un anhelo compartido por todos los grupos.

Antes las personas mayores convivían en el mismo hogar con los hijos. Era otra forma de vida. Sin entrar en la discusión acerca de hasta qué punto la memoria es fiel a la realidad, lo cierto es que las relaciones actuales entre distintas generaciones en el seno de la familia se perciben más bien problemáticas.

Al menos en la manera en que las personas de esta edad pueden ver las cosas, la familia actual se halla generacionalmente rota. El núcleo conyugal apenas puede atender a sus hijos..., menos aún a sus ancianos, dirán en muchas ocasiones. Esta percepción de las cosas implica, a su vez, dos aspectos:

- Del primero son plenamente conscientes: hoy día la familia conyugal no podría hacerse cargo de sus hijos sin contar con la ayuda de servicios públicos o privados (en un proceso imparable que se auto-alimenta, pues cuanto mejor funciona la prestación, más imprescindible se hace)..., pero también de sus ancianos. El papel que los "abuelos" cumplen a este respecto es fundamental -piensan ellos-, pues para suplirlos los servicios públicos son insuficientes, y los privados inasequibles a la mayor parte de las familias; aquel papel, por tanto, se convierte en este discurso en una de las pruebas palpables de su utilidad (familiar y social) y, en esa misma medida, en un alegato contra un discurso social que consideraría al anciano un ser poco

menos que inútil. Por esta razón anhelan, de forma especial las mujeres, que se les reconozca el papel que cumplen en el sostenimiento y el buen funcionamiento de la familia.

- El segundo, sin embargo, implica una asunción no tan consciente, pues cabría preguntarse: ¿por qué si la familia actual no puede atender bien a sus hijos, menos aún a sus ancianos? La respuesta sería que hoy día, en efecto, las obligaciones familiares no operan a la manera de antes; y que si los padres se deben a sus hijos, no está tan claro que se deban (al menos en la misma medida) a sus propios progenitores. La reciprocidad intergeneracional funciona, al parecer, fundamentalmente en un sentido, y nunca en los dos de la misma manera y con la misma intensidad. Este asunto es, tan sólo, uno de los muchos que debemos abordar en este informe, por lo que no podremos detenernos demasiado en ello; sin embargo, nos parece de una importancia fundamental para entender el funcionamiento de nuestra sociedad.

El proceso es imparable e implica necesariamente el incremento de la demanda dirigida al Estado, que ha de subvenir a la sutura del vínculo social en todas aquellas zonas en que se ha ido rompiendo progresivamente. Como puede comprenderse, cuanto más remienda el Estado las costuras del lazo social, más dependiente se hace la sociedad, para su normal funcionamiento, de los servicios que aquél proporciona, incrementando la demanda de tales servicios a medida que se prestan, y produciendo un cambio correlativo en las conciencias, en el modo en que los individuos pueden representarse sus relaciones y sus deberes para con el otro: son ya derechos del ciudadano y deberes del Estado, lo que implica un desplazamiento

de las responsabilidades, desde el primero hacia el segundo. No cabe duda de que esto, junto a los efectos funcionales esperados, produce otros que podríamos calificar de "perversos".

Quizá sea en la educación de los hijos donde más claramente pueden verse este último tipo de efectos. Hace ya tiempo que es evidente que las familias delegan en la Escuela la responsabilidad de la educación integral del niño, y no ya su mera instrucción. Quieren que el niño llegue a casa educado, pero cada vez participan menos directamente de la educación de los hijos, y son muchos los que entienden que su responsabilidad en este terreno empieza y termina en la demanda a la Escuela de que se haga cargo de esa tarea. Tal desplazamiento de las responsabilidades (junto a otros factores en los que no podemos detenernos aquí, pues el fenómeno es, sin duda, complejo), está conduciendo a que la Escuela sea cada vez más impotente para cumplir con la función que tiene encomendada.

En todo ello puede haber una enorme confusión social (la hay, en nuestra opinión); pero creemos que no puede hablarse de irresponsabilidad, pues ello implicaría una conciencia cínica (y en ese sentido lúcida) de la situación. Y no parece ser ese el caso. Más bien habría que hablar de *des-responsabilización* (vocablo horrrisono para el que no encontramos ahora sustituto), de desplazamiento de la responsabilidad personal, individual o familiar, a la responsabilidad de las instituciones, que ahora se exige para todas aquellas tareas que los individuos y las familias han dejado de cumplir.

Pues bien, como dicen los ancianos, si la familia conyugal no puede ocuparse de sus hijos, ¿cómo podría hacerlo de sus mayores? Hemos podido comprobar en otros estudios que se está dando el mencionado desplazamiento de las obligaciones intergeneracionales, de manera que

la deuda (o las obligaciones, si se prefiere), individual y social, de unas generaciones para con otras, se produce siempre en el sentido de los padres hacia los hijos, pero ya no (o en una medida incomparable) en el sentido inverso. Lo hemos visto en los adolescentes, que parecen pensar que sus padres se lo deben todo; y en estos últimos quienes, efectivamente, entienden que se lo deben todo a sus hijos y que nada, o muy poco, deben ya a sus propios progenitores.

Los ancianos lo saben: los niños lo han de tener todo, mientras que los abuelos quedan completamente fuera de toda percepción, perdida toda relevancia, invisibles, como si no existieran:

"¿... Y por qué no van saliendo unos spots donde los nietos de 8, 9 años que ya están muy perceptivos vayan viendo que se supone que aquí tiene que haber una silla porque va a haber un abuelo, o una abuela o dos abuelos..."

No, eso no lo piensan.

... jamás...

Aun teniendo dinero.

... y los niños tienen de todo: tienen habitaciones, tienen bicicletas en el garaje, la sala de juego de los niños, y nadie habla de los mayores..." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media.)

"¿A ti tus hijos te han dicho: 'Mamá, papá, no os preocupéis, que aquí en la casa nuestra eso, vamos, aquí tenéis una habitación preparada y no hay problema, vais a estar cuidados, pero cuidados cuando tú no te puedas cuidar, vais a estar atendidos y con el calor familiar, los nietos van a estar pendientes de vosotras, todo ese cariño que les estamos..., bueno, y tienes tu sitio ya preparado', porque a la edad que

tenemos cualquier día vais a necesitarlo tú o tu marido, entonces la posibilidad de ir a casa de ese hijo? ¿Tú ya tienes ese hijo preparado, como tú tenías la habitación de tu hijo cuando tú ibas a tener el hijo?" (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media.)

El modo en que se "pagan" estas deudas podría movernos a creer erróneamente que las cosas no suceden de la manera que los ancianos describen y temen. En efecto, no es frecuente que un individuo adulto abandone a su padre en una gasolinera (como es el caso, siempre mencionado en los grupos de discusión, que nos dio a conocer la prensa hace ya años), para irse de vacaciones. Antes intentará llevarlo a una residencia. De igual modo, la creciente demanda a las instituciones de que se hagan cargo de la educación de los menores, de modo prácticamente exclusivo, parece incompatible con la idea de que los padres se deban en tan gran medida a sus hijos. Sin embargo, las cosas parecen suceder del modo que hemos descrito. No podemos detenernos demasiado en ello, pero sí debemos señalar que, en la relación de un padre con su hijo menor de edad, está generalmente presente un acusado sentido de la deuda subjetiva, a la par que la demanda a las instituciones para que se hagan cargo de todas aquellas cosas de que antes habían de ocuparse los padres; y ello porque cada vez es más difícil saber, para la mayoría, cómo hacerse cargo de la función paterna; y, ante todo, porque aun sabiéndolo, casi nadie es capaz de resistirse individualmente a las presiones que opone la sociedad. El modo en que se hacen cargo de esa deuda, entonces, sin saber muy bien cómo ejercer la mencionada función, da lugar a ese cúmulo de confusiones entre padres e hijos que todos hemos visto en alguna ocasión, y que rigen tanto la educación de los hijos como los nuevos

comportamientos de niños, jóvenes y adolescentes en las sociedades modernas (¿no se habla ya de niños y adolescentes tiranos, y no empieza a preocupar ya, también, la violencia que algunos ejercen contra sus padres?).

Con los padres ancianos, la intensidad y el modo en que se formula esa demanda a las instituciones proviene más bien del hecho de que esa deuda subjetiva se ha debilitado notablemente. Para muchos, la responsabilidad para con sus progenitores ancianos parece empezar y terminar en la consecución de una plaza en una buena residencia de la tercera edad. Sabemos que este comportamiento no escapa en muchas ocasiones a la aparición de la culpa; pero también que ésta se alivia, generalmente, mediante las redobladadas exigencias a las instituciones que se hacen cargo de los ancianos: se les demanda un trato exquisito de los mismos, que debe incluir no sólo su cuidado físico –lo que es enteramente razonable–, sino también el afecto o el amor cotidianos que los hijos ya no están en condiciones de dar (lo que es, simplemente, imposible), bien porque no puedan, bien porque no quieran, pero en cualquier caso por el mismo hecho objetivo de la separación del anciano de la vida social y familiar que su ingreso en una institución de este tipo produce necesariamente.

Los ancianos no ignoran que esta situación tiene un origen histórico, que es un dato relativamente reciente. De nuevo hay aquí una referencia a un pasado rural, en cierto sentido muy idealizado, que la sociedad industrial ha venido a trastocar por completo. Hacen referencia a una dimensión social del cuidado, ya perdida; a otras relaciones en las que la cohesión social era mayor y las obligaciones recíprocas más firmes. Desaparecidos los lazos tradicionales, que alcanzaban también a la solidaridad vecinal en esa sociedad rural más o menos idealizada, de manera

que las cargas se compartían no sólo entre los familiares, sino incluso entre los vecinos, la falta de reciprocidad intergeneracional se manifiesta desnuda con demasiada frecuencia. Y el destino del anciano será, inevitablemente, la separación de la familia.

t“Y yo tengo clarísimo que si mis hijos... ahora tengo yo que echarles una mano por los nietos, pues el día de mañana, cuando yo no me pueda valer, o tengo que meter una persona -que tampoco me convence mucho, tenerla en casa de la mañana a la noche, incluso acompañándome- o irme a una residencia.”(Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

“- Si no pueden atender a sus hijos cómo me van a atender a mí, es imposible; yo estoy mentalizada de que tengo que ir a una residencia.

*- Yo no quiero ir, si me llevan tendré que ir.”
(Mujeres de 65-73 años. Media-baja y baja)*

Las mujeres son muy lúcidas a este respecto: sus padres, sus maridos, sus hijos..., todos han estado atendidos por ellas, porque ellas no trabajaban fuera de casa. Ahora, las mujeres trabajan fuera de casa y no pueden atender siquiera a sus hijos. ¿Significa eso que estas nuevas generaciones de mujeres han empeorado su vida? No: son las "abuelas" las que han visto empeorada la suya, según afirman de modo tajante.

“- En casa hace los sacrificios que sean necesarios, porque yo atendí a mis hijos, a mi marido, mi casa y la de mis padres, pero no trabajaba, por eso digo que no sé si hemos mejorado o hemos empeorado.

Ellos han mejorado, a nosotros nos han empeorado.” (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

La situación es exactamente esa, por injusta que nos parezca: se trata en definitiva de que las actuales generaciones de mujeres trabajadoras lo son gracias a ese trabajo de los abuelos (y sobre todo de las abuelas) tan poco reconocido. Después, cumplida ya esa tarea, crecidos los niños y más o menos capaces de valerse por sí solos, los abuelos se quedan sin ningún papel que desempeñar. Es entonces cuando empiezan a verse fuera de la familia, comienzan a hacerse invisibles o a ser olvidados. Por esta razón, la soledad aparece casi siempre como una especie de destino inexorable del viejo, destino muy presente en el discurso.

“Lo que está pasando, los muertos que han aparecido solitos en los pisos.

Pero es que esos no tienen a nadie.

Sí tienen a gente, sí.”

(Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

La situación es generalizable a todos los casos. Hay, como es lógico, notables diferencias de grado que guardan relación con la mayor o menor dependencia del anciano. En un extremo tendríamos la dependencia meramente económica. En el otro, aquellas situaciones en que la dependencia es física, en que el anciano no puede valerse por sí mismo. Cuando hay dependencia física, la situación puede hacerse simplemente insoportable. Nadie quiere verse reflejado en el espanto que causan estas situaciones de extrema dependencia física. Lo conocen bien: no quieren ser para sus hijos lo que sus padres han sido para ellos en muchos casos, lo que, en definitiva, viene a suponer reconocerse en ese rechazo que anticipan.

No son pocos los que perciben que esta situación es el producto de una es-

pecie de pinza histórica: se verían, en efecto, cogidos entre sus padres y sus hijos.

Los padres a los que debían obediencia y devoción, y de los que se han hecho cargo; los hijos (estén todavía en el hogar o hayan constituido su propia familia), a los que han dado también su dedicación y su trabajo. Y ellos en medio, sirviendo a dos señores y temiendo que en el futuro nadie se haga cargo de ellos.

“Si los hijos viven en tu casa tienes que atender a tus hijos, porque no creas que te mueven una silla; y si ya se te casan y se te marchan y tienen hijos, entonces tienes que atender a los nietos y es la marcha que llevamos, y como yo decía a un amigo: mira, de jóvenes hemos sido, no te voy a decir esclavos, pero nuestros padres nos han tenido así de derechos, nos ha tocado pasar una posguerra, y ahora ya que podemos salir adelante, ahora esclavos de nuestros hijos para atenderlos, y ahora que los hijos se marchan, esclavos de los nietos. (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)”

A lo que habría que añadir, como se menciona en la cita anterior, el cuidado de los nietos. Sirviendo, entonces, a tres señores, habría que decir, si la referencia a los nietos la tomásemos literalmente. Pero la crítica, en realidad, va dirigida a los hijos y no a los nietos. Antes al contrario, la mayor parte de los abuelos y abuelas están encantados de poder mantener esta relación con sus nietos.

“No, en eso hay un porcentaje de jubilados, además, los mejores años, que no pueden hacer la vida porque tienen que estar con los nietos llevándolos al colegio.

Los míos es desayunar, comer y cenar en casa.

Pero si no se sacrifica usted por un nieto

por qué se va a sacrificar.

Si no le digo que sea malo.” (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

Hay dos razones primordiales para ello: por un lado, se trata de una relación en la que lo afectivo no queda cuestionado por ningún tipo de interés (excepto por los obvios y omnipresentes intereses, caprichos o deseos infantiles, que todos conocemos y a nadie con juicio pesan). Es, en ese sentido, una especie de encarnación de ese ideal al que nos venimos refiriendo: el afecto que sólo pide afecto. Hay otra razón no menos poderosa: en la reciprocidad del afecto infantil encuentran tanto ellas como ellos un lugar en el que son importantes para alguien, un pequeño rincón de acogimiento, un espacio en el que puede funcionar la transmisión, a escala individual (con todas las limitaciones que se quiera). O una experiencia que renueva la paternidad y, sobre todo, la maternidad pasadas, de un nuevo modo, poniendo en juego nuevos afectos. Se trata, en cualquier caso, de una experiencia que tiene una gran cantidad de matices y para cuya explicación sería necesario un estudio completo dedicado a ello.

“El paso de los años por los hijos te hace viejo; el nieto, por el contrario, te rejuvenece, renueva afectos que ya se creían perdidos.

Si, es otra etapa maravillosa de la vida, de la vejez, a mí ese nieto me está haciendo joven.

Te hace mayor la evolución de la vida. Los hijos que de pronto son niños y de pronto se han marchado de tu casa como me ha pasado a mí, y luego vienen los nietos y es un cariño nuevo, una cosa que se revive...

Y una ilusión distinta." (Mujeres de 76-85 años. Clase media-medía.)

Obligados a encargarse de los nietos, pero encantados con ellos, la crítica se dirigirá en un primer momento hacia los hijos, como decimos. Pero incluso esto hay que matizarlo, de nuevo, pues el discurso de la crítica moral individual es muy difícil de plantear, y muy difícil de continuar cuando se plantea. Lo que podría ser, en efecto, una crítica de orden moral se convierte necesariamente en crítica social. La sociedad ha evolucionado hacia formas más duras, podrá decirse. Pero se trata de un hecho social, de las nuevas formas de vida... (sic).

"Ya no es un problema moral, es un problema económico, es un problema de los tiempos, no son lo mismo que eran antes." (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

Un problema de los tiempos. Es decir, un hecho social: es como es. Y en ello no cabe hacer una crítica moral individual. Nos parece importante que esto se entienda correctamente. Es obvio que la crítica social incorpora un componente de valor, un juicio respecto de esa nueva situación. Quiere esto decir que lo que se tiende a soslayar es la crítica moral de carácter individual. No se trata, en efecto, de que unos hijos se salven y otros no: todos se encuentran atrapados en la misma red. Ahora bien, no quiere eso decir que ese comportamiento que no tiene en cuenta a los viejos no sea objeto de crítica y, en ese mismo sentido, cada uno de los comportamientos individuales. Por eso, el discurso se muestra radicalmente ambivalente. Nunca exculpa, pero sí disculpa... mientras le es posible. El discurso adoptará, pues, una forma de idas y venidas, oscilando entre la disculpa del comportamiento individual y la crítica colectiva. No des-

conociendo, además, que de lo que están hablando es del sacrificio (sic), es decir, de algo que su generación hacía porque debía, mientras que ahora no se hace porque parece que no se debe..., porque no hay deuda.

Hay, obviamente, una consideración negativa más o menos expresa de la vida moderna y del aislamiento que conlleva, a la que no es ajena la incorporación de la mujer al mundo laboral. Están además, las dificultades que implica el trabajo, lo reducido del espacio de los pisos actuales, las distancias... y el legítimo deseo de cada cual de vivir una vida sin sobresaltos ni cargas. Cada cual está aislado en su trabajo y en su casa. Pero nadie tiene la culpa de modo particular. Es, simplemente, la vida que trae tales cambios. Hoy nadie puede hacerse cargo de una carga, pues carga son los ancianos para sus hijos. Los hijos desean vivir la vida sin más cargas que las propias. Ahora, se dirá, el casado casa quiere... y coche, y... Pero, de nuevo aquí, la responsabilidad recae sobre la vida.

Es evidente que los ancianos ven en esa posición de los hijos (en algunos casos sufrida; en otros, todavía simplemente anticipada) el egoísmo. En efecto, el hecho de que los dos cónyuges de la pareja trabajen responde a la necesidad de ganar dinero. Pero se trata de unos ingresos que no vienen tanto a subvenir necesidades, en su sentido estricto (propio de una sociedad tradicional), que es la perspectiva que se adopta para poder anunciar esta crítica, cuanto a garantizar aquellos niveles de consumo que hoy se consideran sencillamente normales. Por eso se podrá decir que, dejando al nieto con los abuelos, se ahorran un dinero con el que se compran un coche nuevo (sic).

Egoísmo, entonces, pero egoísmo sin culpa (!), porque es ante todo sumisión a una ley social. Y en esa medida, en cierto modo, una nueva forma de esclavitud, la

esclavitud a un sistema de consumo (confundido con la vida), en el que, paradójicamente, se promete una libertad que exige, sin embargo, el diezmo de un trabajo absorbente, para ambos miembros de la pareja, que desestructura necesariamente los vínculos familiares. Por tanto, ese egoísmo de los hijos, como la esclavitud a la que se condenan, son formas de vida de una sociedad que, en cierto sentido, ya no es la suya, antes que vicios morales individuales.

La crítica no puede sostenerse en los términos de los deberes morales o de la reciprocidad paterno-filial; por el contrario, ha de quedar en el terreno de la crítica social. Esto último es lo general, y evita el desarrollo de un juicio (el moral) que verdaderamente incomoda a los participantes en los grupos de discusión. E incomoda porque cuestiona la sinceridad de los afectos de los hijos. Es más: lo usual (lo dominante, podríamos decir) viene ser precisamente lo contrario: acabar negando el derecho a realizar toda crítica moral individual, circunscribirla al terreno de lo social, y negarse a reclamar ningún sacrificio de los hijos; de lo contrario se sentirían culpables. La cuestión, como hemos dicho, sitúa entonces el ideal familiar en un terreno ajeno a toda dependencia, por el que los afectos podrían fluir libremente, no estorbados por aquella. Y, sin embargo, temen que cuando les llegue la hora, ellos mismos puedan verse abandonados por sus hijos.

Puede generalizarse la afirmación de que la familia, entonces, no quiere y/o no puede hacerse cargo de sus ancianos e impedidos. Si, como hemos visto, el lugar de encuentro posible, aquel en el que las relaciones entre los miembros de una familia pueden sostenerse con fluidez, es el del afecto, éste ha de estar regido, entonces, por la independencia. Y esta independencia, que es también el lugar de la dignidad, ha de ser garantizada por la in-

dependencia económica, demanda que se dirige inmediatamente al Estado. ¿Quiere ello decir que no existe obligación alguna por parte de la familia respecto del cuidado de sus mayores, que toda ella debiera recaer sobre los hombros del Estado? También en este punto la respuesta es unánime: la Familia tiene para con sus miembros una obligación moral; el Estado la tiene legal y subsidiaria.

El afecto sería el lugar propio de la familia y su obligación moral. Y, como hemos visto, el cariño como lugar de encuentro es posible tan sólo y por ambas partes en el marco de la adecuada independencia de sus miembros. El Estado, por su parte, no ha de hacerse cargo del cariño, pero sí del amparo de todos sus ciudadanos. Habría, entonces, de hacerse cargo de que los ancianos no sean una carga para sus familiares. Donde la familia no puede, el Estado ha de hacerse cargo. También donde la familia no quiere, pues lo que en ningún caso es aceptable es que, por unas u otras razones, haya ancianos desatendidos.

Parece un tanto ingenuo, pensamos, creer que puede darse un amor que no selle, como condición de su propia existencia, algún pacto de obligaciones mutuas. Ingenuo, por lo mismo, suponer que la culpa no asomará por alguna parte; o que, bajo esa afirmación de no querer ser una carga, no se esconde una demanda silenciosa (cosas, todas ellas, sobre las que deberemos volver en algún momento). Pero, en cualquier caso, la afirmación de ese posible lugar de encuentro entre padres ancianos a hijos, no puede ocultar su origen, que no es otro que el temor al desamor de los hijos y a la experiencia de abandono.

No ser una carga para los hijos vendría a erigirse, en cualquier caso, en una aspiración general. Pero es demasiado lo que está en juego para que una actitud de este tipo pueda exponerse sin reservas ni

fisuras.

En efecto, sobre todo en el caso de los hombres de clase más baja, se observa una cierta oscilación referida a la idea de sacrificio recíproco, de obligaciones mutuas.

“¿Por qué no pueden hacer por su padre lo mismo que yo he hecho por ellas?, y si pueden... si no pueden pues ya... pero mientras puedan yo quiero que me atiendan las hijas, no quiero ir a un centro de esos.

Pues que hagan un poder...

Y ellas dicen que no, que prefieren morir en un centro de esos y no quieren dar que hacer a las hijas; y yo no estoy de acuerdo con eso ni lo siento.” (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

Si los padres se han sacrificado por sus hijos, ¿por qué no deberían éstos hacer lo propio, en estricta reciprocidad? Naturalmente (y aquí viene la oscilación) "siempre que puedan". Y eso significa siempre que no tengan que trabajar los dos miembros de la familia..., es decir, siempre que pudieran vivir con un solo sueldo. No está claro, naturalmente, que eso sea posible. Supondría, además y en cualquier caso, volver al pasado, en cierto sentido: renunciar al consumo tal como lo conocemos, con la mujer en casa atendiendo a los distintos miembros de la familia. Estos hombres a los que nos referimos, hacen, no obstante, esa demanda a sus hijas (tanto los hombres como las mujeres esperan mucho menos de los hijos varones), demanda que se sostendría sin embargo no sobre la mera obligación del cuidado, sino sobre el vínculo del afecto, y sólo, naturalmente, si existe tal vínculo.

Tal diferencia de matiz, no obstante, es más bien un "dato" del discurso, que un tema sobre el cual pueda versar éste, por lo que sólo cabría especular sobre él

desde el exterior del análisis del discurso mismo. No parece existir gran dificultad en explicar la razón por la cual se demanda más a las hijas que a los hijos este cuidado del anciano en sus horas postreras, cuando ya no se vale por sí mismo. Tiene que ver, sin duda, con el papel tradicional asignado a la mujer por la historia y la cultura como cuidadora de los miembros de la familia y, en ese sentido, más vinculada que el hombre a lo privado y al mundo de los afectos. Parece evidente que esto es, a su vez, una extensión de la función materna estricta, de manera que, en otros campos, cuando se trata por ejemplo de la atención médica especializada (en el caso del anciano internado en un hospital), se valore más la recibida de ellas (sobre todo enfermeras, pero también médicos), que de ellos. La primera se vincula a una atención o a un tipo de cuidado en los que siempre están más presentes los afectos o, dicho de otro modo, el sostenimiento de esa subjetividad debilitada que es la del anciano, sin que del trato recibido esté ausente el Saber. Del médico masculino se espera, sobre todo, una atención estrictamente profesional, vinculada al Saber, pero casi por entero despojada de los afectos. La evolución de la medicina en su conjunto, y de sus profesionales por tanto, hacia una serie de prácticas profesionales despojadas de trato humano ("deshumanizada", como se dice ahora) está desplazando hacia la enfermería, sin embargo, todo lo concerniente a la demanda relativa al trato.

Que sean los hombres de clase media-baja y baja quienes con mayor facilidad expliciten esa demanda de obligación recíproca, que dirigen fundamentalmente a la persona de la hija podría, quizá, explicarse porque es en estos estratos donde todavía sobreviven formas o, al menos, concepciones más propias de la sociedad tradicional.

No queremos tomar, sin embargo, las

anteriores explicaciones más que como meras hipótesis. Nos parecen verosímiles... a condición de que no creamos que lo explican todo. Es fácil que la sociología caiga en el sociologismo, trazando una línea entre viejos y viejas, y por tanto entre diferentes mentalidades, y tratando de explicarlo todo a partir de las llamadas diferencias de género. Pero, antes de dar por sentadas las diferencias discursivas por que podamos observar diferencias de hecho, conviene escuchar el discurso. En efecto, ¿significa lo anterior que no hay ningún atisbo en el discurso femenino de demanda de sacrificio a los hijos, y en particular a las hijas? Claramente no. Veamos las siguientes citas textuales, extraídas de los grupos de discusión de mujeres:

“Yo tengo tres hijas... y tampoco me gustaría dar qué hacer... prefiero la residencia desde luego.” (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

“Es que no quieres estropearles a ellos la vida. Es por ti misma, por un hijo lo haces todo.” (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

“Eso depende, son buenos hijos, tú llamas o te llaman ellos, pero eres tú la que no quieres, quieres que vivan su vida, dejarles su libertad y tú la tuya, si no te es necesario...” (Mujeres de 76-85 años. Media-baja y baja)

“Hay que conformarse con los años que ya tenemos, saber vivir y dejar vivir.”

Si, dejar vivir, ese es el tema.

Dejar vivir a los hijos, eso es muy importante...” (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

Dejar vivir es el asunto. Dejar vivir supone continuar el sacrificio, seguir sacrificándo-

se por los hijos, perpetuar la unilateralidad de los cuidados... Pero esa afirmación no está exenta del sentido de la renuncia; en efecto, lo que se está diciendo es, simplemente, que más vale seguir sacrificándose por los hijos, para no encontrarse con el desamor de éstos como toda respuesta a las demandas que puedan dirigirlas. Eso puede verse en otras citas (de ahí que hablemos de ambivalencia). Citas en las que incluso las mujeres vienen a señalar que los hombres son más mansos que ellas en lo que concierne al desamor que pueda llegarles de los hijos.

¿Qué pasa?, que encima si tenemos que ir a casa de los hijos, y encima vamos con menos pensión, imagínate: papá, vete a por el pan, vete a buscar al niño al colegio, y es sumiso, como son los hombres normalmente, pero la mujer...

Si, y no protestan por nada.

... mejor nos vamos a una residencia, dejamos a los hijos en paz, que hagan su vida y se acabó. (Mujeres de 76-85 años. Clase media-media)

Mejor acabar en una residencia que convertirse en una carga para el otro; y mejor una residencia que el desamor.

“Yo estoy convencida de que voy a ir a una residencia y no me van a llevar mis hijas, me voy a ir yo, porque para estar sola en casa un día que no pueda yo moverme ni valerme por mí sola, yo no voy a dar qué hacer a mis hijas porque no pueden, así que me voy a una residencia.” (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

Entiéndase bien: nadie quiere ser una carga para el otro, pues en esa dependencia asoma el temor a la experiencia traumática inicial, a la dependencia infantil. Se trata, por tanto, de resistir como se

pueda, de retrasar todo lo posible la dependencia... Ahora bien, cuando no haya más remedio que depender, todos preferirían ser cuidados por los hijos que por un equipo de fríos profesionales, si no fuera porque esto supone un cambio en la relación con los hijos, que implica aceptar el sacrificio voluntario del otro, en el mejor de los casos; o ver el desagrado por la obligación cumplida en su rostro. En el peor de los casos, ser rechazado.

Y todo eso está presente en el discurso de los hombres y de las mujeres, pues la ambivalencia no es exclusivamente masculina como puede verse en las citas que siguen:

“La madre está para todo, pero luego a la hora de eso no hay sitio.

Y porque no hay bastantes residencias para enseguida meternos.” (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

“No, porque yo tengo una tía ahora en una residencia que ha dejado su vida por sus hijos en una casa preciosa y está en una residencia, que yo el día que fui se me cayó el alma, no porque estuviera mal atendida sino porque lo único que decía era que por qué no la llevaban a su casa, ‘¿por qué no me lleváis a mi casa, con lo que yo he trabajado para tener mi casa bien?’, salí que no sabía dónde estaba, cogí un taxi para irme a mi casa porque yo me he criado con mi abuela y con mi tía, con ésta, y salí mala; lo primero que me dijo: ‘hija mía, dónde me veo.’” (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

Ellas saben por experiencia propia que cuidar a los padres supone un sacrificio. Pero antes ese sacrificio era un deber que no se eludía. Ahora se puede eludir y nadie quiere esa responsabilidad, porque parece estar empezando a dejar de ser un deber. Entonces quieren que los hijos se sacrifi-

quen, y no quieren que se sacrifiquen. Obsérvese cómo aparece en esta cita, bajo la forma de desagrado (así lo percibe la madre) por el contacto corporal con lo excremental:

“Le dije a mi hija: ‘Anda que si me quedo para que me tengas que lavar y todo’..., con la hija que yo tengo que esa es de ‘¡uy! qué asquito’. Yo a mi madre la lavaba y no me importaba, pobrecita; mi hija, ¿cortarme las uñas?, no señor, que eso le da a ella mucho asco. Digo, ‘pero hija, si yo te he limpiado a ti’. Pues no, pues yo me las tengo que apañar como pueda y cortarme las uñas yo o pedir en el centro que hay enfrente un podólogo. (Mujeres de 65-73 años. Clase media-baja y baja)

O estas otras, donde se reivindica el sacrificio (sic) de los hijos (y particularmente de las hijas), en estricta reciprocidad con lo que ha sido el suyo.

“Yo no lo veo así, yo he sido hija única, y me he sacrificado por los padres, ¿Por qué ahora los hijos no se pueden sacrificar por ellos? (Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta)

“Si mi madre me ha cuidado cuando yo era pequeña, y me ha mantenido creo que ahora mi deber es cuidarlos a ellos, no coger y meterlos en una residencia.” (Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta)

En las sociedades que estamos creando, la separación de los ancianos de sus familias es ya, entonces, un hecho social; es la forma de vida actual, de la cual nadie tiene culpa ni responsabilidad moral. Incluso el desprecio por los viejos del que se sienten víctimas no es, así, una crítica concreta, hasta tal punto que incluso la crítica social no busca responsables en hijos o en gobernantes.

Que no haya responsables de esta si-

tuación no implica que no se la tema. Antes al contrario, la falta de responsabilidad moral implica necesariamente un cierto desvalimiento ante la dirección del cambio. El pecador siempre puede arrepentirse, pero, ¿cómo solicitar arrepentimiento a una ley social?

Quizá el modo en que más claramente se expresa este temor sea el de los casos de los ancianos abandonados por sus hijos en hospitales cuando llega el período vacacional, que todos dicen conocer en mayor o menor medida. Naturalmente, no se espera que los hijos hagan eso con uno mismo. Pero no por ello se deja de temer ese cariz "necesario" ("es la vida") que parecen estar tomando los acontecimientos.

¿Es posible preservarse de una hipotética situación de abandono? De nuevo, en la mayor parte de los casos, tal preservación tomará carácter de crítica social, que se concretará en una demanda al Estado vinculada a la prestación de servicios. En otros, la precaución es personal. De ello daremos cuenta a propósito de las residencias y la ayuda domiciliaria.

5.2. Las residencias

Es bastante común, entonces, que se vuelva la mirada a las residencias públicas, de las que se muestran todos muy partidarios, aunque personalmente no les seduzca la idea de retirarse a ellas. La demanda (tiene que haber residencias públicas en cantidad suficiente y con un acceso más fácil para todos) es de residencias para no tener que soportar el abandono de los hijos... si éste llegara a producirse. Y, desde luego, para no convertirse en una carga para aquéllos si su estado de salud los hiciera dependientes físicamente.

"Pero si usted está solo con su mujer y los dos son abueletes ya pues qué va usted a

hacer, ¿jorobar a los hijos? Pues no, se va a la residencia los dos, si puedes, y fenomenal". (Hombres de 76 a 85 años. Media-alta)

Es difícil evitar ver en esta postura, por más que traten denodadamente de no responsabilizar a sus hijos en el plano moral, una cierta aceptación del exilio social, como ponen de manifiesto tantas citas, que conciben la residencia más bien como último lugar para guardar a quien no se vale física y/o psíquicamente.

"Yo he vivido en EEUU, y allí hay Residencias y son como pequeños bungalows con jardincito, y puedes dedicarte a la jardinería, botánica, sales y vives con gente sana. Pero, ¡coño! aquí cuando vas a la Residencia es que nadie te quiere, o te cañas por el camino, y entonces estás mal, y es gente muy mal psicológicamente, con demencia senil, con alzheimer. Y las residencias ¿qué son?, pues como guetos que nadie quiere ir". (Hombres de 65 a 73 años. Media-media)

En efecto, "residencia" está empleada en principio de modo genérico (no distinguiremos en este punto todavía entre residencias públicas y privadas), concebida como una institución a la que retirarse antes de sentirse un estorbo para los hijos; pero, sobre todo, antes de dejar abierta siquiera la posibilidad de sentir su rechazo. En efecto, es el abandono de la familia la forma más traumática de la falta de acogimiento social; ese rechazo de los hijos, la forma más cruel que puede adoptar la soledad en los últimos años de la vida de una persona, tal como se expresa en numerosas ocasiones. Ese es el valor que tiene la residencia: un refugio contra el miedo, contra el temor al abandono.

No hay que entender "abandono" aquí tan sólo en esa forma burda y cruel que todos conocen de la anécdota del anciano

literalmente abandonado en una gasolinera; tampoco como los internamientos estacionales, coincidiendo con las vacaciones, en hospitales. Hay formas de abandono tan aterradoras como esas, y una de las que siempre se mencionan es la distribución de la vida del anciano, a lo largo del año, por temporadas rigurosamente equivalentes, en las casas de los distintos hijos. Como abandono se percibe, y no sólo porque el anciano haya perdido así su propia casa, su espacio cargado de afectos, recuerdos..., su intimidad y su derecho a elegir, sino porque tal reparto no es un acogimiento, sino todo lo contrario: un modo de quitarse al anciano de encima, en el que cada hijo ha de cumplir con su parte alícuota de sacrificio indeseado, pero medido de tal manera que sea igualmente compartido por todos los hermanos.

"Eso para mí lo veo fatal; yo, me entra una cosa... porque tengo unos vecinos así, están preparándole la bolsita el día 30 y poniéndoselo ya porque se la tienen que llevar. Yo siempre digo: ¡Ay, Dios mío, que Dios me lleve antes de verme así! Yo lo digo en casa, que Dios me lleve. A mí no me llevéis un mes a cada casa, están de seandito que sea el mes..."

Para eso están las residencias.

Claro, yo prefiero una residencia." (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

Que la residencia se convierta, así, en un refugio contra el miedo cobra sentido. Pero se trata, indudablemente de un desplazamiento, no porque no se desee verdaderamente no estorbar al hijo, sino porque se sabe del rechazo que esto produciría, pues incluso ellos de algún modo lo han experimentado cuidando de sus padres impedidos. Y si ellos, acostumbrados al sacrificio, o pensando que no hacían otra cosa

que cumplir con un débito filial, han experimentado de alguna manera y en algún momento ese rechazo por el padre o la madre enfermos, cuáles no serían los afectos negativos que ellos, puestos en ese caso, con toda seguridad despertarían en sus propios hijos. Nadie quiere experimentar ese horror.

Y, enfrentados a esa posibilidad, prefieren el horror de las residencias (pues como un horror lo imaginan o lo saben), a la vez que anhelan que ese gesto de quitarse del medio para no estorbar a los hijos les permita seguir recibiendo su afecto, libre de cargas e intereses.

Ahora bien, ¿es esto suficiente?, ¿no conoce todo el mundo casos de ancianos que mueren en las residencias en la más estricta soledad, abandonados por sus hijos? ¿No es también mayor -al menos eso suponen- el número de suicidios de ancianos internados en residencias, por no poder soportar el desgarramiento que les produce el abandono de los hijos?

5.3. Residencias y otras opciones

Sin embargo, cuando ya no se trata de hablar de la residencia simplemente como un refugio contra el pánico, su imagen cambia notablemente y las preferencias se alteran.

No es, evidentemente, la residencia la opción favorita, siempre que puedan valerse por sí mismos. En ese caso la opción preferida es siempre quedarse en casa, particularmente mientras el cónyuge esté vivo. La casa se vive como cobijo de una subjetividad y una autonomía no perdida aún, o como añoranza en aquellos que ya viven con los hijos, y que sienten que ya no son sujetos de su vida, sino objetos ("como un mueble", a veces por activa, es decir, porque no pueden ayudar; a veces por pasiva, porque se sienten así tratados), espectadores de la vida de otros. La

casa (en las mujeres, especialmente) queda estrechamente vinculada a la validez, es el lugar en el que desplegaban su quehacer cotidiano, su vida activa como sujetos útiles, y del que no hubieran querido salir. Sacarles de ella, en ese proceso de fragilidad y declive, es confirmar primero, y apuntalar después, su invalidez. Precisamente, algo que horroriza de las residencias es la pérdida de la intimidad que conlleva el internamiento; pero, sobre todo, la pérdida de la autonomía personal, de la autonomía respecto de la vida propia; algo así como volver al colegio pero en régimen de internado, siendo tratados como niños desvalidos y sin escapatoria.

"... Y que tienes que adaptarte a los horarios, es como los colegios.

*-Yo he estado interna en un colegio y pienso que una residencia es algo parecido".
(Mujeres de 65 a 73 años. Clase media-alta.*

Quedarse en casa no les libra de los temores, pues también tienen miedo de lo que pueda pasar; sobre todo temen perder la cabeza y encontrarse solos... lo que, evidentemente, obliga a pensar que la opción verdaderamente deseable, si ya no pueden vivir solos, sería la de poder vivir con los hijos sin que estos sintieran a sus padres como un verdadero estorbo... con lo que el argumento vuelve, entonces, a su principio, mostrando así que cualquiera que sea la forma que adopte la separación de la familia, incluso consentida, no es sino una nueva forma de renuncia.

Otras formas de compañía serían preferibles, también, a la residencia. La ayuda domiciliaria parece un planteamiento adecuado tan sólo para quienes pueden valerse perfectamente por sí mismos (y de nuevo el miedo: incluso con el "llamador" a mano o al cuello, un anciano que viva solo puede acabar sus días tirado en el

suelo de su casa).

Un modelo más adecuado sería quizá de carácter comunitario. No conocen bien qué experiencias hay en este sentido, pero han oído hablar o han visto en televisión ciudades de ancianos, edificios, viviendas individuales en las que cada cual puede llevar su vida, pero comparte servicios comunes... No tienen verdaderamente una información suficiente de ello, por lo que les resulta imposible construir un discurso acabado acerca de este tipo de opciones. Queda claro, sin embargo, cómo esta experiencia se concibe *grosso modo*: sería una forma de conciliar la compañía, la atención y la intimidad. Intimidad pues cada cual tiene su propio apartamento, compañía en la medida en que es posible entablar relaciones con otros ancianos en la misma situación, de un modo libre; y atención, por cuanto se entiende que los servicios colectivizados de esos edificios incluyen todo lo necesario para la vida diaria y el cuidado del anciano.

"Sí, y eso es mucho más agradable porque te metes en tu casa, cierras y ahí estás.

Y tienes el ambientillo que quieres.

Te pueden subir la comida.

Si te quieres relacionar pues haces amistades.

A mí eso me gusta más porque es otro trato.

Claro, no tienes que estar forzosamente conviviendo con otras personas que no quieres, estas atendida y eso deberían de intentar hacer algo más así.

Es más agradable." (Mujeres de 65 a 73 años. Media-alta)

Conviene, no obstante, tomar nota del sig-

nificado que tiene que los propios ancianos conozcan tan mal las distintas posibilidades que se ponen a su alcance; nos hace pensar en la escasa importancia que los poderes públicos conceden a estos asuntos.

Por muy deseables que puedan parecer las anteriores opciones, se descartan por imposibles o desconocidas, y se entra entonces en el asunto de las residencias.

La residencia supone ya otra cosa: no proporciona verdaderamente la sensación de elección, y más bien se percibe como una especie de sello del exilio social y familiar. En efecto, la residencia supone una especie de centro de acogida (no de verdadero acogimiento) frío y exento de todo cariño; pero no ya del cariño que se desea en un hijo; por el contrario, más bien se transmite algo del orden de la frialdad del trato, de la rutina meramente profesional, ajenos a la piedad o el cariño sencillamente humanos. Nadie duda de que hay atención (luego se matizará esto en relación con las privadas), pero no trato humano, relación humana.

“La diferencia es... si los hijos... para mí lo esencial entre la residencia y los hijos, o sea, la casa particular, de cuidarte, de limpiarte una hija a limpiarte allí, solamente el cariño que te da una hija vale más que todas las residencias, para mí, porque a ti ¿quién te limpia en una residencia con cariño?” (Hombres de 65 a 73 años. Media-baja y baja)

“Yo francamente no me gustan, las encuentro frías... yo siempre digo que me dejen en casa.

(Hablan todas).

Claro, el cariño, ahí no hay cariño.

Es un negocio.” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Por encima de cualquier otra consideración, está muy presente la idea de que ingresar en una residencia supone de algún modo un fracaso familiar. Es cierto que esto último se discute, pues como hemos tenido oportunidad de ver en páginas precedentes, la residencia aparece también como una opción del propio anciano para no tener que arriesgarse a experimentar el abandono de la familia. Sin embargo, lo uno y lo otro no es incompatible. En efecto, podría aparecer como una opción (pero aquí "residencia" tiene distinto valor, pues hace referencia a una institución abierta, más cercana a un hotel, como se dice expresamente en varias ocasiones, que a una institución cerrada, y que puede llegar a funcionar con valor próximo al ideal), pero también se entiende que, en la mayor parte de las ocasiones, viene a ser la opción de aquel que ha experimentado ya el fracaso de su familia.

De la residencia se teme siempre el trato (de nuevo el trato infantil, que te traten como a un niño), pero también la pérdida de la intimidad, la pérdida de la posibilidad de vivir autónomamente, o verse obligado a convivir con personas cuya compañía no se ha elegido.

“Pero a lo más mínimo que les das la lata: ‘¡qué pesada, pero no sé qué!’. Las tratan así como si fueran niños mal enseñados o cosas por el estilo.” (Mujeres de 76 a 85 años. Media-baja y baja. Viudas)

Cierto o no, la diferencia entre una residencia como institución cerrada y un espacio colectivo con servicios comunes, viene a ser, entonces, que en la primera el espacio y el tiempo están dominados por la propia institución, de una manera que no encuentra parangón cuando la referencia es el edificio de apartamentos con servicios comunes; de la misma manera, en la institución cerrada la compañía parece obligada, mientras que el "edificio de apar-

tamentos" permitiría mantener con los demás un tipo de relación equivalente al de cualquier casa de vecinos.

"... Para nosotros, que no se nos coarte un poco nuestra libertad, que se nos dejen a nuestro albedrío, incluso casas compartidas también se ha estudiado y en Londres también se ha hecho con muy buen éxito, y Alemania y Francia ya están haciéndolo." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

Esto conduce a otro aspecto: se valora siempre mucho más la residencia abierta, que es "como un hotel de cinco estrellas", en la cual uno puede entrar y salir cuando lo desee, mientras que la residencia cerrada se concibe más bien para quienes ya no son capaces de valerse por sí mismos (física o mentalmente).

Dentro de ese orden de preferencias las públicas tienen mayor predicamento que las privadas, cuya mala fama, difundida por los medios de comunicación las precede: según creen, cuando no son ilegales y malas, son enormemente caras.

"La Residencia estatal es lo mejor que puede pretender una persona, no la particular, la estatal." (Mujeres de 76 a 85 años. Media-media)

Este aspecto abre de nuevo la oscilación, pues se preguntarán por qué quien puede pagar a sus ancianos padres una residencia particular de calidad y, por consiguiente, cara (entendiendo que, obviamente, el anciano no puede y será el hijo quien se haga cargo de la mensualidad correspondiente), no puede, sin embargo, con el mismo o menor esfuerzo, tenerlo con él en su domicilio y pagarle una ayuda personal ¿No habría, en tal caso, un rechazo expreso por parte de los hijos del cumplimiento de un sacrificio recíproco? ¿No confirmaría esto la idea de que el ingreso en una residencia geriátrica, particularmente

si es privada, supone un fracaso confirmado por el hecho mismo de su elevado precio? ¿No estaríamos ante formas más sutiles de abandono? En efecto, más bien parecería que la figura paradigmática de éste sería precisamente el anciano ingresado en una residencia por unos hijos que, económicamente, podrían hacerse cargo de él. Esa soledad es, sin duda, la peor de todas. Peor que la del anciano que carece de hijos, pues éste está solo, pero no abandonado por nadie.

5.4. Las residencias desde dentro

En uno de los grupos de discusión realizados contamos con la participación de una mujer que había estado internada durante dos meses en una residencia de ancianos, mientras se reponía de una lesión que le impedía atender a su marido, inválido. Su experiencia coincide exactamente con lo que hemos comentado hasta el momento acerca de las residencias; particularmente de las que podemos denominar, a falta de mejor término, "cerradas", y más concretamente aquellas que acogen ancianos impedidos. Además, algunas de nuestras entrevistas se realizaron con ancianos ingresados en residencias. Conviene comparar el discurso sobre estas instituciones visto desde dentro con el que acabamos de señalar. Coinciden en lo esencial, y confirman las ideas de frialdad en el trato, o infantilización del mismo; pero, fundamentalmente, de ambiente de abandono, de ancianos recluidos tras el abandono de la familia.

Las entrevistas realizadas en residencias se llevaron a cabo con personas que tenían la movilidad reducida; ello suponía que los entrevistados sufrían un múltiple aislamiento, ya que al propio de la vejez se añaden las limitaciones que imponen sus dificultades de movilidad y el vivir una situación de internamiento en la residencia.

Su discurso está atravesado por una fuerte emotividad, que se convierte en ocasiones en llanto durante la realización de la entrevista.

Aunque tuvimos en cuenta tanto las residencias públicas como las privadas, en lo esencial el análisis del discurso no nos ofrece diferencias significativas entre ambas situaciones, probablemente porque la situación de abatimiento y sensación de abandono, unidas a la dependencia física, se convierten ellas mismas en un espacio subjetivo cerrado, en el cual es probablemente difícil que las diferencias del ambiente institucional adquieran carácter significativo. Si acaso se aprecian algunas pequeñas diferencias que más bien tienen que ver con el entorno, los alrededores de la propia residencia, probablemente con algunas actividades de entretenimiento y, también, con la calidad de los equipamientos. Esto en algunos casos permite un mejor acomodo y, cuando se puede, algún paseo por esos alrededores más abiertos y agradables.

“Yo soy muy amante de la naturaleza, y mire usted lo que hay aquí: pájaros, campo, hierbitas bonitas... Y mi vida es así: yo salgo, me doy mis paseitos, ahora no porque estoy muy mal de las piernas, pero yo salgo por esa carretera para adelante y me voy hasta el cerro de allí arriba, me siento, me sujeto en un árbol o lo que sea, cojo mis hierbitas y me vengo.” Entrevista 8

En cualquier caso, son aspectos que el discurso recoge de manera lateral; en lo fundamental, la vida dentro de las residencias, sean públicas o privadas, está atravesada (hasta donde hemos podido ver con cuatro entrevistas abiertas) por las mismas carencias en ambos casos; carencias que siempre tienen que ver con los afectos perdidos, con su aislamiento y con la familia como referentes básicos. Las residencias nada suplen en ese sen-

tido; más bien acaban por convertirse en el marco institucional que certifica la existencia de esas carencias en su forma más acabada.

La entrada en la residencia viene marcada por la pérdida de la autonomía física, en los casos que hemos estudiado (puede verse en el Proyecto que se trataba de una opción deliberada). No se valen ya por sí mismos, necesitan ayuda cotidiana y los hijos no pueden hacerse cargo de ellos. Así, la residencia se configura como la confirmación de su no validez y tratan de elaborar, como pueden, su presencia en ella. Una elaboración no exenta de dolor y de reproches, ya que se sienten divididos entre lo que necesitan, es decir, las atenciones que reciben en la residencia, y el deseo de vivir con los hijos, de que la familia les acoja. Razonan la imposibilidad de que los hijos se hagan cargo de ellos y así justifican su presencia en la residencia, pero no pueden evitar que se deslicen en su discurso reproches por la falta de atención de los hijos, por lo que sienten como un doloroso abandono; obsérvese en la siguiente cita la forma que adquiere el reproche.

“Tengo mis hijos, pero cada uno está..., uno en Barcelona, otro en Cádiz, otro en Madrid [...], pero como tiene tanto trabajo, es camarero, y viene pocas veces a verme..., bueno, casi ninguna, se tira meses y meses sin venir a verme.” Entrevista 7

La salida del ámbito familiar y la entrada en la residencia se produce en el momento de sus vidas en que, probablemente, mayor fragilidad emocional padecen, cuando los afectos y apoyos de la familia les son más necesarios. Están perdiendo capacidades físicas, en un proceso que, como hemos visto, saben irreversible. Se hacen dependientes y sufren profundamente ese proceso de dejar de ser sujetos activos de su propia vida. Por eso

la familia está tan presente en su discurso, como anhelo de un refugio que ya saben imposible.

Recuerdan y evocan con nostalgia, en todos los casos, la vida compartida con su pareja, ya desaparecida y resaltan, con satisfacción no disimulada, las visitas que reciben (cuando las reciben) de aquellos familiares con los que mantienen relación. Son pequeñas satisfacciones que funcionan a modo de bálsamo, para suavizar el dolor de la soledad.

La residencia se dibuja en el discurso como una institución que no parece ofrecerles más que aislamiento y pérdida, extremando con ello la precariedad afectiva propia de la vejez, ya jalonada de pérdidas. Aislamiento porque es –y se vive– como una institución cerrada, sin relación con la vida, ni con ninguna otra instancia social.

“Aquí no es que hagan nada, porque aquí no hacen nada.” Entrevista 8

“Aquí, al comedor, a sentarme, ponerme aquí, o cuando viene mi familia sacarme un poco a la calle, si no hace frío... Irme a mi habitación, al comedor y aquí, y esta es la vida.” Entrevista 7

Y también, pérdida, por haber dejado el entorno afectivo, ya sea casa, ya sea familia, en el que vivían.

La falta de actividades y de estímulos que ayuden a ocupar el día es evidente, por eso el tiempo se vive no como un tiempo ocupado sino como un tiempo de espera, que en su discurrir monótono y sin sentido acaba siendo ordenado por los horarios de la comida, de la merienda... Son éstos, a falta de otros soportes que den sentido al discurrir de cada día, los acontecimientos que van marcando el tiempo de la vida.

Así se acaba configurando un paisaje humano en el que no es posible identificación alguna, no cabe sino el rechazo y la

negación como forma de mantener su narcisismo herido. En ese contexto, señalar el declive de los otros (recuérdese: el viejo como otro) permite apuntalar la dignidad propia.

“Yo no estoy aquí, así, ni estoy como están la mayoría, los pobres, que están ahí sentados esperando la hora de la comida o de la merienda; bueno, yo me doy cuenta de muchos de los que están que no tienen ni idea ni del tiempo, si han merendado, si la cena es a tal hora... Para mí eso es sumamente fácil.” Entrevista 2

Unos mimbres frágiles para sostener el sentido de la vida son los que muestra el discurso de estos ancianos. A su fragilidad emocional añaden el aislamiento que les produce su estancia en la residencia, la soledad y la pérdida en este paisaje humano referido. La consciencia de la vida que llevan les derrumba por momentos y reclaman, con lágrimas en los ojos, durante la entrevista, poner fin a esa situación.

“¿Que qué pienso cuando lloro?, pues que me recogiera el Señor y me quitaba ya de sufrir.” Entrevista 7

Ese monótono, y a veces trágico discurrir de la vida cotidiana en la residencia es roto por las visitas que reciben, y que sienten como bocanadas de aire fresco, de la calle, es decir, de la vida. La entrada en la residencia les supuso perder la escasa vida social que mantenían y su contacto con el mundo se lo traen las visitas, de la familia o de los amigos; las visitas de estos últimos son cada vez más distanciadas, y a menudo van siendo sustituidas por llamadas telefónicas. Su vida social se restringe poco a poco y la falta de estímulos y de relaciones sociales que genera el ambiente en la residencia no permite encontrar sustituto de esa pérdida. Si

acaso se señala, a modo de remedo, algunos recursos que les permiten imaginarse el mundo en que vivían (que queda fuera y que está irremisiblemente perdido).

“Yo pongo la radio un poco, y la pongo despacito para que no la sienta la compañera, y me entero, cojo Castilla la Mancha, y me entero si va a llover, no va a llover...” Entrevista 7

Recuerdos silenciosos y llenos de nostalgia que no comunican sino que viven en la más estricta intimidad. El modo en que transcurre la vida en la residencia hace que se desarrollen mecanismos de adaptación que son de orden individual, defensivo. Así acaban construyendo su espacio propio, a modo de refugio, decorando su habitación con objetos traídos de casa, con toques personales que les permite rellenar los vacíos que abre la soledad, a la vez que combatir la frialdad de la institución.

“Todo lo que hay aquí, menos la cama y la mesilla, es mío, todo es mío. Dice, ‘anda, ya te lo pondremos luego como si fuese una casita tuya, para que te sientas más cómoda.’” Entrevista 8

El aislamiento que sienten parece afectar, también, al ámbito de la asistencia sanitaria que disfrutaban antes de entrar en la residencia. La relación con el médico se ha despersonalizado, en la medida que se ha “institucionalizado”, ha perdido

la cualidad (calidez) que algunos médicos aún saben construir. El cambio de profesionales sanitarios que acompaña a la entrada en la residencia conlleva la pérdida de la relación construida con su médico; una relación de tiempo, labrada a partir de una demanda latente en la que lo afectivo y la necesidad de ser escuchados formaban parte del tratamiento. En este nuevo contexto no parecen tener cabida tales remedios.

“Sí, el médico psiquiatra es a base de teléfono, o sea, que yo estoy medicado por la doctora, que por cierto no se conocen, él no ha venido.” Entrevista 2

“Un interés que se tomaba con los enfermos, pero esta señora no se toma interés, esa es la verdad; es buena, simpática cuando quiere... No tiene tiempo de hablar, pero bueno.” Entrevista 8

Estas características de la vida en la residencia y su configuración como espacio de apartamiento social de los viejos y de “aparcamiento” de las personas con limitaciones físicas, determina la imagen social de estas instituciones. En algún momento se hace referencia a otros usos relativamente distintos de las residencias en el extranjero, donde parece que no están vinculadas, de manera tan clara, a la pérdida de capacidades físicas de los viejos. La entrada parece que se adelanta, y el apartamiento social se aprecia menos dramático.

Síntesis y conclusiones

Expondremos aquí brevemente lo que entendemos son los aspectos más significativos del estudio sobre *Representaciones sociales de la salud de los mayores madrileños*. En un segundo momento trataremos de señalar algunas conclusiones que nos parecen fundamentales.

6.1. En síntesis

Lo primero que pone de manifiesto el rechazo de términos como vejez o ancianidad en los grupos realizados es el carácter de estigma, o poco menos, que tiene el conjunto designado.

Es relevante que el progresivo orillamiento que el sistema capitalista ha ido haciendo de aquellos que quedan fuera de la vida activa, ha llegado, en nuestra sociedad, a producir tres grandes segmentos de ciudadanos:

1. Los ciudadanos de pleno derecho, activos y ocupados preferentemente (los parados no lo tienen mucho mejor

que los ancianos), es decir, aquellos integrados en el esquema productivo-reproductivo y de consumo.

2. Los que han abandonado, por razones de edad, la esfera de la producción o de la reproducción, económicamente sostenidos por el Estado; pero incluidos todavía (con menores recursos) en el consumo.

3. Finalmente, los viejos, caracterizados según el discurso que hemos analizado, básicamente por la enfermedad; es decir, aparecen como un subconjunto del conjunto de los enfermos, aunque su “enfermedad” sea la edad.

Si antaño la vejez coincidía con la incapacidad para la actividad productiva o reproductiva, hoy día se ha producido un desplazamiento del concepto, de manera que el cese en dicha actividad aparece como un período en el que hombres y mujeres completamente útiles, encuentran,

sin embargo, difícil acomodo en lo social. La paradoja, la contradicción de nuestras modernas sociedades, estriba en haber logrado la prolongación de la vida (generando de esta manera toda una nueva categoría de enfermedades que, si no son nuevas como tales, sí lo es su alcance; es decir, su extensión a grandes sectores de la población), a la par que no sabe qué hacer con aquellos que se han beneficiado de esta nueva situación. Son útiles en cuanto consumidores, a la vez que se sienten objeto de un escaso aprecio social. ¿Podría ser de otro modo en una sociedad en que la información ha venido a sustituir a la transmisión?

Hoy día, el/la jubilado/a es un ser perplejo y desorientado (principalmente el varón, como hemos explicado), mientras que la sociedad (desde el marketing a cierta sociología) le halaga con los cantos de sirena de la nueva vitalidad de los mayores, etc. El viejo, por su parte, es aquél cuya inutilidad proviene de su falta de autonomía física. Si antes el viejo era el inútil desde un punto de vista productivo o reproductivo, ahora lo es desde el punto de vista del esquema corporal. Lo que nos parece relevante aquí es, precisamente, la perplejidad del primero y la consideración de inútil del segundo. Ambas situaciones son síntoma de una sociedad en la que ya no existe la transmisión ligada a la vida (otra cosa es la mera información), en la que se privilegia la indiferenciación, y en la que el anciano, por tanto, no ocupa ningún lugar de privilegio como memoria viva de la sociedad. Ni está para transmitir, ni aquello que lo caracteriza por diferencia posee valor social alguno, por lo que no sólo quedará definido por aquello de lo que carece, sino que se le apremiará para que se comporte como si fuera lo que no es, o tuviera lo que no tiene (esa es precisamente la perspectiva del halago que nuestra sociedad hace a nuestros mayores).

Hay perplejidad en la jubilación porque ésta descoloca al individuo (sobre todo al varón, pues a la mujer, le resulta más fácil encontrar en la familia, mientras ésta se sostiene, una cierta continuidad de su propia existencia) que ha de recomponer como puede desde otros parámetros su vínculo social. Pero es que, además, habiendo quedado excluido del conjunto de quienes son considerados socialmente útiles, simplemente porque son útiles directa o indirectamente al sistema económico (esto es, productores y consumidores) es compelido por las instituciones (y por la vida misma, habría que añadir), a mostrarse útil en el mero ejercicio de cualesquiera actividades. Puesto que no hay transmisión, ni diferenciación, lo que se ofrece a los jubilados es un repertorio de actividades completamente desligadas de su vida las más de las veces, que viene a mostrar tanto el sinsentido de esa oferta, cuanto el sinsentido de la vida consumida en la previa actividad. Lo que muestra esa oferta en la que se ponen en manos del anciano multitud de actividades que le sirven para matar el tiempo, es que toda su vida anterior ha sido una forma programada de matar el tiempo (útil, evidentemente, para el sistema).

Se trata, entonces, de hacer para reivindicar su utilidad, sin que importe mucho más cuáles sean los contenidos de tal hacer.

Si el jubilado es aquél compelido a hacer para mostrar su utilidad, el viejo es el que ya nada puede hacer. El completamente inútil, para la producción, para el consumo, para la vida...

El carácter sintomático de esta situación proviene del hecho de que el sujeto es indestructible (pues él mismo es efecto del desajuste entre el ser viviente y el ser de lenguaje); la imposible identificación (imposible como identificación absoluta) del viviente con esa situación (que implica en rigor una completa desubica-

ción social de los mayores de 65 años), es lo que produce el síntoma, que se muestra en sus desajustes, sus compulsiones a una actividad frenética contradictoria incluso con su situación física (en el mejor de los casos: cuando no hay mero aislamiento voluntario y descuido personal), etc., etc. Pero donde en rigor mejor puede verse su carácter de síntoma es en la repetición en la edad senil del terror infantil al abandono por parte de quien le presta asistencia. El aspecto traumático de este terror se manifiesta preferentemente en relación con la familia, donde el anciano ha quedado completamente desubicado, también, mostrando su carácter de extraño para sus seres queridos; pero, en realidad, está presente en todo el sistema social. ¿Qué sentido puede tener la vida de un individuo si, al final de ésta, el viejo se encuentra exactamente igual (peor, pues tiene mayor conciencia) que el niño recién nacido ante lo traumático, ante el abandono?

Aunque no hay verdadero acogimiento social, verdadera hospitalidad, porque el anciano carece de un lugar social bien definido y valorado, sí hay espacios en los que los ancianos pueden tratar de mantener el vínculo social, de reconstruir una cierta relación con los otros, y mantenerse ocupados: es el espacio de las instituciones y, básicamente, el de los centros de mayores (u hogares del jubilado, etc., según el nombre que reciban en cada lugar) y el INSERSO. Este segundo con una curiosa imagen asociada al favorecimiento de la indiferenciación y del comportamiento adolescente (y patético) de los ancianos.

Se ha producido, entonces, una vez más, un desplazamiento de funciones que antes realizaba la sociedad, hacia las instituciones.

La salud es, obviamente, un aspecto fundamental en la vejez. Desde el punto de vista estrictamente fisiológico, pero

también social, en la medida en que ahora la vejez viene a definirse como un subconjunto de la enfermedad. La medicina ha prolongado la vida de las personas, pero no las ha liberado de la enfermedad, hasta el punto de que podemos encontrar ahora una mayor incidencia de dolencias cuya extensión es producto precisamente de la prolongación de la vida. Las dolencias físicas se tratan (mediante fármacos o por la recomendación de actividad), mientras que las angustias, ansiedades... de los ancianos tienen difícil acogida en el sistema sanitario, sea público o privado. El acogimiento que falta en la sociedad, en general, es también inexistente en la medicina, que tampoco sabe muy bien qué hacer con el anciano y sus demandas. Las recomendaciones de carácter preventivo, por otra parte, encuentran, en este segmento de la población, un cuerpo ya deteriorado, con lo que se da la paradoja de que la prevención de la salud en los ancianos es, fundamentalmente, prevención del agravamiento de enfermedades ya existentes, o de la aparición de otras nuevas. Pero todas estas recomendaciones se hacen sin tener en cuenta que para el anciano, tanto el cambio de hábitos, como su vida en general, es terreno de renuncia, de una renuncia a cambio de la cual la mayor parte de las veces no obtiene gran cosa. De una renuncia, por tanto, de difícil elaboración.

6.2. Conclusiones

¿Qué tipo de conclusiones serían aquí posibles, si las tomamos como recomendaciones para establecer prioridades de intervención en materia de Promoción de la Salud? Cabría señalar que lo primero sería, precisamente, establecer el contenido y los límites del concepto de Salud que empleásemos. Pero esto desbordaría los límites del presente informe. Defini-

ciones tan amplias como las que se manejan habitualmente en los documentos publicados en materia de salud pública, que a veces recuerdan a las definiciones de los manuales de autoayuda, nos obligarían a pensar la sociedad, como un todo, en términos de la enfermedad: no habría sociedad sana. Pensemos simplemente en una propuesta de definición como la que sigue: "La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente" (Organización Mundial de la Salud, 1986). Dejando de lado que se trata de una propuesta de definición meramente ideológica (tan vaga, radical y omnicomprensiva es), habría que decir que difícilmente podríamos encontrar una sociedad que satisficiera tal definición... incluso si funcionase razonablemente bien. Por otro lado, cabría preguntarse por el sentido que puede tener la aplicación de la metáfora de la salud y la enfermedad a las sociedades y, en esa medida, la creciente ampliación del concepto de salud pública.

No creemos que sea nuestro cometido proponer definición alguna o adscribirnos a ninguna previa; adoptaremos una actitud más pragmática: nos limitaremos, por tanto, a señalar aquellos aspectos que podrían tomarse como prioridades de intervención, considerando la problemática tal y como es expuesta por el propio discurso social que hemos analizado, sin entrar a juzgar si tales aspectos podrían cobijarse o no en una u otra concepción de la salud pública, en la confianza de que sean los propios agentes sociales e institucionales quienes puedan decidir si alguna o todas de las recomendaciones expuestas se corresponden con las funciones que tienen asignadas.

- El primer aspecto tiene un carácter tan general y estructural, que no existirá un agente institucional o social

que por sí solo pueda tomar a su cargo la ingente tarea de modificarlo. Nos referimos a ese orillamiento que sufre el anciano en nuestras sociedades. Con todo, dada la debilidad de la propia sociedad civil, si algo puede hacerse en este momento, han de ser las propias instituciones las ejecutantes y las impulsoras. Favorecer un tejido social más tupido y, sobre todo, a aquellas entidades que dentro de la sociedad civil están mostrando iniciativas en este sentido, nos parece verdaderamente perentorio.

- Creemos, sin embargo, que tan sólo una completa toma de conciencia por parte de los poderes públicos acerca de lo que la ancianidad significa, del lugar que nuestra sociedad tiene reservado para ella, de la verdadera marginación social que supone, etc., puede permitir iniciar un camino de reforma. No se trata exclusivamente de un problema técnico, sino en verdad absolutamente político, en el más noble sentido del término.
- La interrupción de la vida laboral suele dejar al anciano, particularmente si es varón, en una situación de pérdida de lazos sociales (todos aquellos que había construido precisamente a lo largo de y en torno a su vida laboral). Esta pérdida de lazos, que es también de sentido, requiere de una nueva inscripción en lo social que en estos momentos parece que sólo las instituciones pueden propiciar.
- Semejante pérdida de lazos sociales también se da, en cualquier caso, en la mujer ama de casa, y de forma especialmente aguda al convertirse en viuda. La debilidad de los lazos familiares les afecta, en cualquier caso, a

ambos sexos, abortando en gran la vía tradicional de recomposición del vínculo social prevista para los mayores.

- Pocos son los ancianos que disponen de la capacidad intelectual, pero sobre todo subjetiva, necesarias para darse actividades socialmente útiles en las que poner en juego sus conocimientos, su cualificación, su experiencia y sus intereses. No nos parece descabellado pensar que el fomento por parte de las administraciones de espacios en que el anciano pueda poner al servicio de la comunidad sus conocimientos y experiencias (biográficas, históricas...), si así lo desea, adquiriría sentido como elemento facilitador de esa reconstrucción del vínculo social de que venimos hablando.
- Convendría quizá revisar las actuales propuestas de actividades para los ancianos, de modo que no exijan un "activismo" inútil, de carácter meramente "anestésico". La mera inscripción en nuevas redes sociales parece ya ser tremendamente útil para el anciano. Aprovecharlas en la dirección contraria, no anestésica sino reflexiva, parece una dirección más adecuada. Hacer del pasado del anciano no un lastre del que debe desprenderse, sino un instrumento para la transmisión viva de la memoria, puede ser una de las vías.
- Otra vía podría ser la de propiciar espacios en los que el anciano pueda transmitir sus conocimientos profesionales o de otra índole a los jóvenes (algo que ya se está haciendo, al menos en determinados niveles profesionales).
- Las referencias a la presencia de psi-

cólogos en algunos centros de mayores, hace pensar en que la perplejidad del anciano, verdadero síntoma social, es tratada en términos de desajuste psicológico individual (aunque probablemente colectivizable). Convendría, quizá, recuperar lo que en ello hay de objetivación (o efecto) de una situación social, de manera que el anciano pudiera hacer algo con ello (al menos, hacerse la pregunta por lo que significa social y personalmente la vejez). Se trataría, en definitiva, de fomentar algo tan olvidado como la reflexión y la crítica, en una dirección pragmática, tanto individual como colectiva.

- Es probable que algunos individuos, los más perplejos y con menores recursos subjetivos, requieran algún tipo de ayuda psicológica individual. Pero no parece fuera de lugar implicar a los propios ancianos en el trabajo con ancianos. Todo esto es posible en el interior de los propios espacios institucionales (centros de mayores, etc.), pero no hay que olvidar que la falta de una perspectiva de futuro encierra a muchos ancianos en sus casas. Aparte de las tareas que puedan hacer directamente los trabajadores de servicios sociales, implicar a los propios ancianos como agentes sociales de ámbito local que puedan hacer extensivo ese espacio de relaciones a quienes no acuden a él por su propia voluntad, podría ser una fórmula a estudiar.
- En un nivel más general, habría que plantearse quizá la conveniencia de que las actividades dirigidas a los ancianos no convirtieran esos espacios en guetos para viejos a los que muchos ancianos, precisamente por este carácter, sea real o imaginario, rehú-

san acudir. En la línea de la transmisión, creemos que los espacios para ancianos debieran hallarse más implicados en el resto de los espacios y actividades de la sociedad en general, de manera que no quedasen separados de ella en razón de su edad y condición.

- ❑ Por lo que a la salud corporal se refiere, habría que reorientar las prestaciones de nuestro sistema de salud pública, en algunos puntos que son completamente inadecuadas para las necesidades del anciano:
- ❑ Desde el punto de vista de las dimensiones temporales que manejan (lista de espera y espacio entre citas).
- ❑ Desde el punto de vista de la atención o el trato, incapaces de abordar (satisfacer es otra cosa) la demanda del anciano.

En relación con ello podríamos pensar en dos tipos de intervenciones:

- ❑ En primer lugar, sería necesario que el sistema de salud estableciese algún tipo de prioridades en el tratamiento de los ancianos, al menos en la mencionada dimensión temporal. Como ya se ha dicho, la sanidad pública debería actuar comprendiendo que las dilaciones usuales entre los distintos pasos que pueden derivarse de una consulta, no tienen el mismo valor en los horizontes temporales, diferentes, de cualquier adulto y de un anciano.
- ❑ Por otro lado, el médico que trata ancianos (y no nos referimos al especialista, aunque también a éste, sino fundamentalmente al de asistencia primaria) debería ser conocedor de lo que significa y de los aspectos que

implica la demanda del anciano, que nunca es meramente técnica (en verdad, no lo es en el caso de ningún individuo, tenga la edad que tenga, pero esto resulta particularmente cierto en este segmento de edad). Aprender a manejar la relación con el paciente anciano es una asignatura pendiente de nuestra medicina; nos referimos, naturalmente, a la pública, pues la privada ya se cuida, en razón de sus intereses, de ofrecer cuando menos un simulacro de atención.

- ❑ Por lo que se refiere a los aspectos preventivos, cabe hacer al menos dos consideraciones:
 1. En lo referente a la adquisición de nuevos hábitos saludables, parece conveniente que éstos no se inscriban exclusivamente en el terreno de la renuncia. O, cuando menos, que los médicos que tratan con ancianos sepan manejar (en la medida de lo posible) la renuncia. En particular en el caso de la alimentación, sería deseable transmitir las habilidades necesarias para recuperar el placer oral en platos de nuestra propia cocina compatibles con una salud ya deteriorada. Quizá no se trata sólo de aprender a renunciar (que también), sino de reaprender a cocinar.
 2. Por lo que se refiere al ejercicio físico, si dejamos aparte la recomendación de caminar, parece evidente que está unido al establecimiento de nuevas relaciones en espacios institucionales colectivos (los centros de la tercera edad, etc.) De modo que, en lo que hemos podido ver, resulta más fácil introducir el ejercicio en el espacio de las relaciones sociales, de manera que

se pueda vincular lo uno y lo otro, es decir, el fomento de nuevas vías de inscripción social con la prevención en materia de salud.

- Que el anciano tenga limitada su participación en la vida social, al menos en algunos aspectos, por sus menguados ingresos, origina, claramente, una insatisfacción por el limitado horizonte de futuro que se le presenta. Es evidente que en este sentido tan sólo una decidida acción institucional puede paliar la situación.
- En otro orden de cosas, parece absolutamente imprescindible que las instituciones trabajen en la dirección de paliar en lo posible el terror ante el abandono:
 - Una dirección posible es el aumento de la red de residencias públicas, cuya escasez resulta verdaderamente clamorosa.
 - Pero no son éstas el destino más deseado por nuestros ancianos, que prefieren asistencia domiciliaria o, más claramente, el ensayo de fórmulas de convivencia autónoma

pero colectivizada. De nuevo aquí la escasez de iniciativas públicas es clamorosa. El fracaso del Estado en procurar instituciones viables de acogida de los ancianos hace visible el abandono traumático de la familia. Ha de entenderse que no hay abandono total, incluso si la familia se desentiende, cuando el propio anciano se pone en manos de una institución que pueda servir para él como verdadero lugar de acogida. Dicho de otra manera: sólo es completo el abandono cuando el Estado no es capaz de diseñar espacios de acogimiento social, por limitados que estos sean, en cumplimiento de una función subrogada que hoy día es completamente imprescindible.

- Sería fundamental que las residencias que acogen ancianos, no representasen un tiempo vacío, más de “aparcamiento” de ancianos que de acogimiento de los mismos. Parece del todo esencial que la estancia del anciano en aquellos lugares se dote de contenido, y no se convierta en una mera espera pasiva de la muerte.

Anexo:

Las representaciones sociales de la salud de los mayores madrileños. Propuesta técnica

Un proyecto sobre la representación social de la salud de los mayores madrileños requiere, antes de entrar en los aspectos relativos a los objetivos de la investigación, algunas consideraciones previas sobre los tres términos principales presentes en el propio título del estudio: representaciones (sociales), salud, y mayores.

7.1. Preliminar

Cabría hacer una primera distinción en lo que se refiere al concepto de representación social. Por tal concepto se entiende, en muchas ocasiones, aquellas propuestas o enunciados ideológicos que se ponen en circulación social desde las instancias del poder institucional o por los medios de comunicación social. Se trata, generalmente, de aquellas propuestas explícitas que llenan con mejor o peor fortuna el imaginario colectivo. Sin embargo, toda propuesta ideológica, verse sobre

uno u otro objeto social, oculta tanto como expone, y generalmente oculta más, cuanto más expone. No conviene confundir, sin embargo, esas propuestas que acaban teniendo un carácter más o menos oficial, con el discurso social, entendido como *vínculo social*. Es cierto que esa tarea, que en nuestras sociedades tiene como vehículo privilegiado a los medios de comunicación, aspira a conseguir el acuerdo de los sujetos hablantes en un todo de sentido conforme a un determinado deber ser. Sin embargo, esta meta nunca se consigue plenamente, de modo que nunca habrá adecuación plena (quizá excepto en momentos históricos excepcionales) entre ese discurso oficial o esas propuestas discursivas que entran en circulación social, y lo que podemos llamar el discurso social. Este último viene a ser, en nuestra opinión, la medida del éxito de las identificaciones colectivas, cuya forma, entonces, recupera tanto esas propuestas sociales, cuanto aquello que se resiste a las mis-

mas, aquello que de lo real no puede ser absorbido por ninguna palabra, o aquello que fracasa en las identificaciones. Siempre hay un fracaso subjetivo en el sentido en que puede decirse que el sujeto nunca coincide plenamente con sus identificaciones, pues él mismo es efecto de esa falta de coincidencia.

Quizá sea la salud un campo privilegiado para observar esta discrepancia entre discurso oficial y discurso social. En efecto, las nuevas concepciones de la salud, con su énfasis en la prevención, chocan abiertamente con hábitos sociales consolidados que, desde el punto de vista del discurso oficial, podrían considerarse insalubres, pero que tienen un arraigo extra-discursivo y discursivo radical en el modo en que nuestro propio cuerpo (nuestra identidad corporal, podríamos decir) se ha constituido biográfica y socialmente. Hemos organizado socialmente nuestras pulsiones de una determinada manera en función del contexto histórico y social en que hemos vivido. Comemos, bebemos, mantenemos relaciones sexuales... conforme a un determinado reglaje social, sin que ello suponga nunca una adecuación plena entre la pulsión y la norma, pero con un relativo éxito colectivo. Variar todo ello por la presión de un discurso sobre los hábitos saludables y la salud como prevención y cuidado del cuerpo, supone no simplemente un cambio en el código ideológico, sino una reestructuración de nuestra identidad corporal, que nunca puede realizarse de modo pleno y satisfactorio inmediatamente. Las nuevas propuestas, el desfase entre éstas y esos hábitos arraigados que nos constituyen, los elementos de transición, etcétera, dejan su huella en el discurso social explícitamente o implícitamente, como síntoma de aquello que no funciona. No entendemos, por consiguiente, el discurso social como una mera transcripción de las propuestas ideológicas circulantes, sino más bien como el

modo en que tales propuestas se las han de ver en lo concreto (social e históricamente determinado) con otras representaciones previas, pero también y fundamentalmente con aquello de lo real que se opone a las nuevas representaciones, o que pervive insistiendo por debajo de las antiguas. Dicho de una manera más abstracta: el discurso social vendría a ser la propia materia viva lingüística que da cuenta en su haz y su envés del éxito y del fracaso de la palabra para organizar la vida humana; es la palabra hablando de la palabra en su nunca completa adecuación a (y organización de) lo real.

En el campo de la salud probablemente estemos asistiendo a un momento de transición o, al menos, de choque entre dos concepciones bien distintas. Por un lado, tendríamos esa "cultura de los analgésicos" (Kolakowski) que, a pesar de su denominación no remite tan sólo a la cultura de la salud, y que implica un desplazamiento de la responsabilidad individual hacia las instituciones; en el caso particular de la actitud ante la medicina en nuestras modernas sociedades volvemos a encontrar esa misma actitud, traducida ahora en una demanda asistencial (curativa) creciente, en un intento de apartar el dolor de nuestras vidas, y en la creencia de que siempre hay un objeto adecuado para cada necesidad, lo que, en el caso de que tratamos, se plasma en la convicción de que hay una institución o un medicamento adecuados para cada sufrimiento. Pero, más recientemente, la propia posición oficial ha abierto el campo de significaciones de la salud, desplazándolo hacia el terreno de la prevención, que implica necesariamente un movimiento inverso: la asunción de una cierta responsabilidad individual respecto de la enfermedad o el dolor propios. Que esto esté suponiendo una cierta valoración negativa, no ya médica sino estrictamente moral de lo que antes eran considerados simplemente há-

bitos sociales, es otra cuestión, pero una cuestión que no cabe desdeñar a la hora de escuchar el discurso social.

Pero es que, además, y cuando hablamos de la salud, estamos hablando de nuestro propio cuerpo, marcado por el tiempo y su destino final. Un cuerpo que inevitablemente se deteriora, alejándose así de ese ideal de la eterna juventud que también se nos propone en todos los ámbitos de la vida social, y no sólo en la publicidad. ¿Qué destino puede aguardar a un cuerpo que se aleja día a día de ese ideal social (y cuando decimos "social" queremos decir radicalmente individual, subjetivamente asumido como polo de nuestras propias identificaciones)? No es casual que hoy día la vejez reciba nombres mucho más tranquilizadores (como tercera o incluso cuarta edad); tampoco que las propuestas que la sociedad hace a nuestros mayores se parezcan tanto a las que podrían hacerse a los jóvenes ociosos y sin responsabilidades todavía determinadas; ni que el anciano ideal (que nos propone la publicidad por no citar otras instancias) parezca una especie de joven un tanto apergaminado. Y todo ello cuando, a la vez, se considera que la vejez comienza prácticamente con la salida del ciclo productivo y de toda responsabilidad social pública.

Hablamos, pues, de una fase de la vida humana individual reciente marcada por rasgos netamente contradictorios en la que el deterioro físico se acompaña de una especie de "muerte social" sobre la que constantemente se aplica todo tipo de maquillaje. Cabría preguntarse, en este contexto, en qué medida el propio proceso de envejecimiento, y aun la aparición de la misma enfermedad, no guardan relación con la situación de liminaridad a que se ve sometido el anciano (sobre todo el varón): el anciano deja de pertenecer a una categoría social definida por su papel laboral, del que derivan todo sus rasgos de identi-

dad, para convertirse en un miembro de un colectivo (los jubilados) que no tiene un lugar definido en la red social (algo bastante parecido al estigma de Goffman). ¿Hasta qué punto la construcción social de la categoría de anciano no nos convierte, en cuerpo y alma, en ancianos?

Todo esto es lo que las ciencias sociales nos dicen, y de lo que el investigador no puede desprenderse como saber previo que también a él le constituye. Sin embargo, estamos ante una investigación estructural o cualitativa, lo que supone una posición de escucha abierta del discurso social. Ese es su sentido, y todo saber previo debe ser puesto en cuarentena y subordinarse, radicalmente también, a la escucha. Dicho de otro modo: no se trata de reproducir, en un discurso social que ha de escucharse como nuevo, lo que ya sabemos, sino de abrirse a una escucha renovada, que habrá de construir sus propias categorías de análisis; ni más ni menos que aquellas que puedan dar cuenta del discurso social sobre el que se está trabajando.

7.2. Objetivos de la investigación

Un discurso social que habrá de vérselas, probablemente, con los distintos aspectos contradictorios que acabamos de mencionar no puede ser fácil, ni en su propia elaboración, ni en su escucha y análisis. A sus distintas vicisitudes no puede ser ajena tampoco la propuesta de investigación, ni el desarrollo dinámico de las técnicas que se emplearán. En nuestra opinión, se impone el método de ensayo y error; la reflexión sobre el material producido (incluyendo en esto tanto el discurso de los participantes en la investigación, cuanto la intervención del investigador), de modo que pueda servir como retroalimentación sobre el material que habrá de producirse, lo que habría de conllevar un de-

terminado modo temporal (en fases) de abordar este trabajo, que expondremos más adelante en su apartado correspondiente. Inicialmente, y sin perjuicio (por lo dicho hasta ahora) de que el material producido en la investigación imponga su propia lógica, nos parece que los aspectos principales de este estudio han de darse en la intersección de al menos cuatro grandes áreas temáticas o campos semánticos:

- Las concepciones o representaciones de la salud dominantes o en circulación social; sus contenidos y articulación, y el modo en que pueden ser incorporadas (o no) por el anciano, dependiendo de sus propias concepciones de la salud y la enfermedad.
- Lo que podríamos llamar (por carecer de un mejor término) "praxis" de la salud, que incluye, naturalmente, las representaciones, pero que habrá (suponemos que inevitablemente) de absorberlas en un campo más amplio que incluiría al propio cuerpo, su posible deterioro y las respuestas que el individuo puede dar al mismo. Es el campo de los hábitos saludables o insalubres. Pero sobre todo es el campo privilegiado del modo en que el individuo puede hacerse con un cuerpo que empieza a dejar de responder a sus exigencias.
- La disolución o pérdida de los lazos sociales y familiares. La exclusión del ámbito de lo productivo, que implica una cierta exclusión (más o menos atenuada) de lo social y de los vínculos que, sobre todo al hombre, le unían con el ámbito de lo público y lo colectivo; el repliegue a lo privado que eso implica; la posible pérdida del cónyuge y quizá el apartamiento de la familia filial y extensa... son elemen-

tos que habrán de ponerse en juego a la hora de comprender la relación del individuo con su cuerpo: quizá aquí encontremos un yo debilitado, un narcisismo que ya no sostiene bien la relación con el propio cuerpo o, dicho en términos más sencillos, la pérdida de la energía vital y de las ganas de vivir que acompañan en muchos casos a la vejez y que implica comportamientos que (según los estudios antropológicos sobre este periodo de la vida) pueden suponer que el anciano "se deja", lo que inevitablemente afectará, directa o indirectamente, a la salud y a la enfermedad.

- La demanda al aparato asistencial, que vincula al anciano con aquellas instituciones que pueden sostener ese deterioro corporal. Es fundamental, entonces, entender cómo se produce ese acercamiento al aparato sanitario-asistencial, sobre qué se sostiene y qué se busca en él, pues posiblemente podamos encontrar aquí de nuevo el cuerpo en su vertiente orgánica, pero también social y psíquica.

Entendemos que estos cuatro campos habrán de estar presentes en el discurso social de los ancianos, con todas sus variantes, incluyendo en ellas las que pueden venir determinadas por el sexo, la diferente edad (más o menos próxima a la jubilación), y la diferente cultura o clase social. Entendemos también que estos campos se han tenido en cuenta en la relación de objetivos que figura en el pliego de prescripciones técnicas, por lo que (insistimos) sin perjuicio de que el propio discurso pueda determinar la mayor o menor pertinencia de estos elementos, o incluso traer a la discusión otros nuevos, asumimos tales objetivos como propios y los recogemos seguidamente, más o menos de

la misma manera, incluyendo algunos aspectos de las consideraciones anteriores, en nuestra propuesta.

Los objetivos particulares del estudio serían, entonces:

1. Las concepciones de la salud y de la vida saludable.

- Concepciones dominantes y puestas en circulación social. Distancia o adecuación de las mismas a la situación física, social y familiar de la anciano.

- La concepción resultante de la salud (puestos ya en relación *representación social y cuerpo*). Aspectos diferenciales con respecto a otros biosocioestratos.

2. Las actitudes hacia la salud y la enfermedad.

- Abordaríamos aquí todo lo relativo a las actitudes hacia la salud y la enfermedad en su doble vertiente de prevención y vida saludable, por un lado; de tratamiento y convivencia con la enfermedad por otro. Todo ello en su contexto familiar y social, y en relación con los distintos grados de deterioro físico, que tendremos en cuenta a la hora de diseñar la investigación.

3. La incorporación de hábitos salubres e insalubres. Salud y estilos de vida.

- Este apartado incluiría todo lo relativo a lo que comúnmente se entiende por hábitos salubres e insalubres, y que se relacionan en el pliego de prescripciones técnicas: alimentación, actividad física, sexualidad y hábitos insalubres. Se trataría de conocer el modo en que

tales hábitos han podido configurarse en los ancianos, qué resistencias han debido vencer, las razones a las que pueden obedecer los desarreglos dietéticos o de otra naturaleza, etc.

- Nos interesa también, de un modo particular, conocer la relación que puede existir entre el proceso social de configuración de la situación de anciano y el envejecimiento mismo, en términos siempre de la salud.

- En relación con lo anterior, pero de un modo relativamente diferenciado, habría que tratar también todo lo referente a las pautas que marcan la relación con los servicios sanitarios, y con los tratamientos prescritos (automedicación, etc.).

4. La percepción de la salubridad asociada al modo de vida.

- Aquí se trataría de entender cómo el anciano percibe que el modo de vida, los factores sociales etc., en general y en su vida propia, inciden en la salud personal en su doble dimensión física y psíquica.

5. Principales demandas al sistema sanitario.

- Nos interesa aquí conocer todo lo relativo a las pautas de acercamiento a los distintos servicios, en sus diferentes niveles, y el uso que se hace de los mismos, pero sobre todo a las razones o motivaciones que mueven al anciano, probablemente más allá de la enfermedad misma, a acudir a los servicios sanitarios. En relación con ello, se trataría de conocer cómo se construye

la demanda de anciano hacia el sistema sanitario público.

6. Recomendaciones.

- El informe incluiría un resumen y en recomendaciones relativas a las prioridades de intervención de los organismos públicos en materia de promoción de la salud.

7.3. Metodología y técnicas de investigación

Si el planteamiento anterior tiene sentido, se entiende que la perspectiva desde la que se demanda este proyecto sea la de una investigación de base. En ella habría de producirse un marco conceptual, resultado del análisis del discurso social del anciano y no de consideraciones teóricas o formales previas, capaz de explicar de modo suficientemente general, aunque no exhaustivo en todos y cada uno de sus apartados, la problemática de la salud en aquel colectivo. Que en cierta medida este estudio venga a suponer una actualización de otro anterior, y a integrarse en un Sistema de Información de Salud de carácter Sociocultural, no hace sino reforzar la necesidad de este enfoque. La metodología idónea para esto es sin duda la estructural o cualitativa. Y su instrumento técnico privilegiado, aunque no exclusivo, el grupo de discusión. Por nuestra parte, entendemos que las particulares características de la población objeto de este estudio hacen necesario introducir complementariamente la técnica de la entrevista abierta.

En efecto, en principio debemos considerar como variables de la máxima relevancia la diferente edad, el sexo y la clase social.

El corte en los 75 años (de 65 a 75 y de 76 a 85 años) permite comprender mejor, sin duda, los diferentes problemas

de este colectivo conforme se aleja de lo que se considera la edad madura, y sobre todo en la medida en que se entra en una situación vital completamente diferente, y se incrementa el deterioro físico.

La variable sexo es igualmente fundamental. Puesto que estamos hablando del cuerpo, sería imposible acceder al estudio de la salud en la ancianidad sin tener en cuenta esta diferencia, en la medida en que el cuerpo masculino y el femenino están anatómicamente y socialmente contruidos de diferente manera, al menos desde la pubertad. En consecuencia, no cabe esperar que las cosas pueden ser diferentes cuando se trata de un cuerpo que se deteriora, ni cuando se trata de individuos que en su mayoría habrán tenido una muy diferente relación con el ciclo productivo, la inclusión en lo público, etc., con lo que ello tiene de prolongación en un caso, de ruptura en otro, con la vida anterior a la edad en que está fijada la jubilación. Por esta razón, no propondremos ningún grupo de discusión mixto, al objeto de que puedan verse en su estado más "puro" las posibles variantes discursivas que esta diferente condición pueda ofrecer.

También la clase social (o la formación, que suelen ser correlativas) habrá de afectar al modo en que se vive este período último de la vida, al modo en que uno se relaciona con su propio cuerpo y, por consiguiente, con la enfermedad y la salud.

Pero junto a estas consideraciones, conviene introducir otras, que nos permitirán hacer más rica (por saturación del campo discursivo proveniente de distintas situaciones de hecho) la investigación. No referimos a las distintas situaciones sociales y familiares. Más concretamente, entendemos que sería deseable introducir como variables del diseño las siguientes:

- La continuación de la vida en pareja o la viudez.

- ❑ La continuación de la vida en el domicilio propio, o en el domicilio de los hijos u otros familiares, o en residencias de la tercera edad.
- ❑ Las mayores o menores dificultades de movilidad física autónoma.

Los ancianos que puedan acudir a grupos de discusión, especialmente a partir de los 80 años, gozarán, al menos, de movilidad autónoma. Se impone, por tanto, el empleo de la técnica de la entrevista abierta para aquellas situaciones en que tal movilidad esté resentida o impedida, pero también para aquellos casos en que los ancianos se encuentren internados en centros de la tercera edad.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos hacer nuestra oferta técnica, que se plasmaría en el siguiente diseño:

Realizaríamos un total de ocho grupos de discusión y 12 entrevistas abiertas, distribuidos de la siguiente manera (el diseño está abierto a discusión con los técnicos del Instituto de Salud Pública):

Cuatro grupos de discusión con hombres y cuatro con mujeres. En total, tres grupos discusión con la clase media-media, tres con la clase media-baja y dos con la clase media-alta. De los ocho grupos, cuatro se realizarán en el estrato de edad de 65 a 75 años, y otros cuatro con el estrato de 76 a 85 años. Todos ellos se llevarían a cabo con individuos residentes en el área metropolitana de Madrid. En todos los grupos de discusión, aproximadamente la mitad habrán de vivir con sus hijos u otros familiares. El resto, lo harán en pareja o solos en el domicilio propio; excepto en dos grupos de discusión en los que intencionalmente nos interesa escuchar exclusivamente el discurso de aque-

llos que viven solos o con los hijos, tras haber enviudado. Más concretamente:

- ❑ Grupo de discusión 1: hombres de 65 a 75 años, clase media-media.
- ❑ Grupo de discusión 2: hombres de 65 a 75 años, clase media-baja y baja.
- ❑ Grupo de discusión 3: hombres de 76 a 85 años, clase media-alta.
- ❑ Grupo de discusión 4: hombres de 76 a 85 años, clase media-media. Viudos (si es posible, aproximadamente la mitad, viviendo solos).
- ❑ Grupo de discusión 5: mujeres de 65 a 75 años, clase media-baja y baja.
- ❑ Grupo de discusión 6: mujeres de 65 a 75 años, clase media-alta.
- ❑ Grupo de discusión 7: mujeres de 76 a 85 años, clase media-media.
- ❑ Grupo de discusión 8: mujeres de 76 a 85 años, clase media-baja y baja. Viudas (si es posible, aproximadamente la mitad viviendo solas).

Creemos que con esta distribución se representan suficientemente bien las distintas variables, y se cruzan de un modo razonablemente variado.

Como hemos dicho, realizaríamos 12 entrevistas abiertas, seis de las cuales tendrían como entrevistados a mujeres, y las seis restantes a hombres. De esas doce entrevistas, al menos cuatro se realizarían en residencias de la tercera edad (dos a hombres y dos a mujeres, variando la clase social, para que exista representación de todas ellas). Las ocho restantes se destinarían al estudio del discurso de cuatro hombres y cuatro mujeres de los dos segmentos de edad, y con movilidad física reducida, rotando también la clase social.

El siguiente cuadro reproduce el diseño propuesto de las entrevistas:

Entrev. N°	Hombre	Mujer
1)	Residencia de la Tercera Edad. Edad: entre 65 y 73 años Clase: Media-baja	
2)	Residencia de la Tercera Edad. Edad: entre 75 y 85 años Clase: Media-media	
3)	Con movilidad física reducida Edad: entre 65 y 73 años. Clase: Media-alta.	
4)	Con movilidad física reducida Edad: entre 65 y 73 años. Clase: baja.	
5)	Con movilidad física reducida Edad: entre 75 y 85 años. Clase: Media-media	
6)	Con movilidad física reducida Edad: entre 75 y 85 años. Clase: Media-baja.	
7)		Residencia de la Tercera Edad. Edad: entre 65 y 73 años Clase: baja
8)		Residencia de la Tercera Edad. Edad: entre 75 y 85 años Clase: Media-media
9)		Con movilidad física reducida Edad: entre 65 y 73 años. Clase: Media-baja.
10)		Con movilidad física reducida Edad: entre 65 y 73 años. Clase: Media-media.
11)		Con movilidad física reducida Edad: entre 75 y 85 años. Clase: baja.
12)		Con movilidad física reducida Edad: entre 75 y 85 años. Clase: Media-alta.

Bibliografía citada

FÉLIX DE AZÚA. *Venecia de Casanova*. Ed. Planeta, 1990

GEORGES MINOIS: *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Ed. Nerea, Madrid 1989

JEAN AMÉRY. *Reuelta y resignación. Acerca del envejecer*. Ed. Pre-textos, 2001

OLIVER SACKS. *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, Ed. Anagrama, 2002; 1985

Las concepciones de salud
de los
mayores
informe 2006

Sistema de información sobre salud de carácter sociocultural